

DISCURSOS

LEÍDOS EN LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

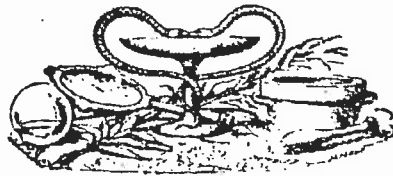
DE VALENCIA

PARA LA RECEPCION PÚBLICA

DEL ACADÉMICO ELECTO

DR. D. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO

EL DÍA 28 DE JUNIO DE 1903



33

VALENCIA—1903

TIPOGRAFÍA MODERNA A CARGO DE MIGUEL GIMENO

APENDICITIS

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

DISCURSO

DEL

ACADÉMICO ELECTO

DR. D. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO

Señores Académicos:

He tenido la inmerecida honra de ser presentado en esta Real Academia de Medicina por uno de mis distinguidos maestros y dos queridos compañeros, y sería un ingrato si no concediera lugar preferente en estas cuartillas á tan elevada distinción, demostrando mi agradecimiento profundo y sincero reconocimiento. Ni merecí figurar entre vosotros, ni que fijarais en mí vuestra atención, siendo propuesto y aceptado mi nombre.

La obligada galantería yo sería motivo suficiente para expresar mi satisfacción, y si sólo la más depurada justicia y la corrección de la conciencia, me invitan á manifestaros que la responsabilidad sólo á vosotros cabe, puesto que siempre consideré muy inferiores mis escasos merecimientos.

En esta docta Corporación donde siempre existieron preclaros talentos y hombres ilustres, se ha de sentir orgulloso el que logra figurar en sus filas, y creedlo, siento el orgullo concentrado del hombre pequeño poseído de vanidad vergonzante, que espera vuestra severa crítica expuesto á la luz espléndida de vuestras inteligencias, guiado simplemente por mi firmeza de voluntad y mi constante amor á la ciencia.

No podré llenar el vacío de mi antecesor el Dr. D. Pedro Lechón, cirujano de reconocida competencia, modesto, activo y de cerebro superior; y no lo digo por seguir la costumbre establecida evocando un recuerdo al que fué; la justicia más estricta y el más depurado juicio me colocan en condiciones de ofrecer con palabras de respeto y sagrado cariño (ya que de otro

modo no puedo hacerlo), compensación á las atenciones que recibí de mi compañero de hospital durante nuestro solitario servicio.

Si la Real Academia de Medicina piensa contar con un elemento sumo dicionalmente á vuestras órdenes; pero si la Real Academia quiere contar otra serie de elementos que vibre al unísono de vuestra digna intención, buscad en el corazón de nuestra clase quien cumpla mejor su cometido y llene totalmente vuestras justas aspiraciones.

Pasaron los tiempos de la especulación científica para abrir paso á la verdad; ya no se explota con escándalo la inteligencia buscando hipótesis é ideas obscuras que ocupaban movetadamente un pequeño lugar en el cerebro y que engañadas con aromas y matices artísticamente combinados atraían al escéptico; sacudimos el yugo de la concepción y de la impresión de momento empujándonos con el delicioso *bonquet* lo que hubiera querido zulo los sentidos; ya no se obtiene la persuasión por conmovión nerviosa esta reforma, resumida en la simplicidad formal y la formalidad en el fondo, es obra exclusiva de las ciencias biológicas, en donde ya no se pagan las lecciones del discurso, sino que, casi desnuda, con ligero traje de punto, que sienta bien á todas las edades, se exhibe la verdad limpia, sencilla y muy aparente; y aunque por el camino roto de las ciencias experimentales se trabaja mucho para decir muy poco apareciendo lejano el triunfo, en cambio el fruto de esta sencilla será siempre por nosotros más codiciado. Bien sé que en un trabajo de esta índole hubiera querido encontrar algo nuevo fundado en la experimentación propia; pero bien se me alcanza no puedo satisfacer vuestras justas exigencias, siendo lo único que me produce de mi atención sostenida durante algunos años siguiendo la evolución de nuestra ciencia en uno de los puntos más conmovedores de la erigida, damento. El que como yo pierde la costumbre de pensar sobre abstracto-efectivo, el que necesita el hecho para edificar en metafísica, el que cuando más convección intelectual forma, se limita á comparar y sintetizar obteniendo una deducción que será una idea general más ó menos buena pero sin pasar de esta categoría, se le añaden las sentidas, pero se le condice el para llegar al centro, la facultad de elaboración ya extinguiéndose la llama, quedando el cerebro reducida á un orgullo que tiene contenido el número de locas.

El tema que me propongo desarrollar es el tratamiento quirúrgico de la

apendicitis, apartando en su apoyo el concepto moderno genérico y el aspecto clínico más reciente.

Las investigaciones anatómicas y las intervenciones quirúrgicas, al descubrir la región cecal, han marcado exactamente la situación del apéndice vermiforme: su inserción ascende porque se dilata hacia abajo en el ancho del ergo, y así como en el niño ocupa casi el límite inferior, en el adulto se encuentra á dos centímetros de la válvula ileo-cecal. Esta ascensión del apéndice explica que corresponda su implantación á un punto intermedio entre el umbiligo y la espina ilíaca anterior y superior derecha, como hizo notar Mac-Burney, sirviendo de referencia para el diagnóstico anatómico-topográfico de la lesión. En dicho punto se despierta el dolor siempre que existe apendicitis.

El apéndice aparece en las intervenciones en que no se encuentra muy lesionado, como una hoz de 10 ó 12 centímetros de largo y 8 milímetros de espesor, libre en parte y mantenido en plaza por el á un repliegue peritoneal llamado meso-apéndice. En existencia del meso, hace de la espinilla mesoapéndice que nos ocupa una entera interperitoneal, á cuyo carácter hay que unir como viente indistinguible la fisura particular de su cuadro morfológico, su materia esponjosa, accidentada, peligrosos á que expone, etc., etc., sirviendo este carácter, al parecer tan superficial, de fundamento legítimo para separarla de la antigua últilis, que entre sus complicaciones y terminaciones sería algo el tejido celular retro-peritoneal como he visto de sus lesiones. La últilis será, en último término, una entera moral de la masa ilíaca, y la apendicitis será siempre en su principio y en su fin una enfermedad peritoneal con todas sus consecuencias.

El tipo general de inserción marcado en el punto de Mac-Burney, no implica necesariamente sea aquel el punto de partida, ni que allí exista el máximo de lesiones: los distintos tipos anatómicos descritos hace algunos años, nos obligan á buscar las consecuencias fisiológicas hacia abajo en el tipo descendente siendo en su situación, hacia arriba y atrás en el tipo retro-ascendente, y hacia adelante ó abajo en los laterales; por esto en muchas ocasiones hay necesidad de buscar el meso propiamente, recordando las denominaciones pre-portal, retro-portal, retro-óptico ó ilíaco.

La existencia de la válvula de Gerlach, cuyo papel es el de oponerse á la introducción de las materias fecales en la cavidad apendiceal, puede considerarse como constante. La estructura del apéndice en nada se separa de la del intestino; por tanto, cuando el meso subyacente conjuntivo y mucosa de espina adonde. La luz del canal apendiceal mide 3 ó 4 milímetros de diámetro en el punto más ancho.

Estos datos anatómicos tan sencillos, pero que son indispensables para fundamentar en ciencia su importancia patológica y clínica y las fecundas derivaciones que de su conocimiento se han obtenido.

Doce años ha, aun se hablaba de tífis y peritífis, como tífis espaciales capaces de desarrollar el cuadro morbozo que ha de ocuparnos: estimación de las leces en el ciego, inflamación de las paredes, peritífis que era peritoneal cuando recaía en la cara anterior y hemorrágica fibrina en el resto de la circunferencia, ulceraciones, perforación del ciego, etc., en abierta contradicción con la anatomía que nos enseña el ciego completamente recubierto por la serosa peritoneal; con la patología que nos dice: «tales lesiones no pueden engendrar el síndrome que hoy se aplica á la apendicitis», y con la operatoria, cuyos indicaciones, entonces muy restringidas, servían para mostrar de manera muy evidente el error en el diagnóstico sustentado. ¿Cómo explicarlos reduciendo simplemente la tífis, los accidentes peritoneales tan graves y frecuentes, los focos peritoneales á distancia, los abscesos del hígado, los abscesos sub-hepáticos, la pleuresía puntillada, la úlcera gástrica, con ó sin hemorragia, los accidentes uréMICOS y otras tantas complicaciones de carácter hiperéxico que la literatura quirúrgica describe uniéndolo á lo ya conocido, especies tan íntimamente enlazadas en su patogenia?

Los hechos anatómicos, demostrado obrados, demuestran que el ciego está recubierto completamente por el peritoneo, sin que haya espacio retro-lar posterior; los cirujanos llamados intervencionistas por lo operativos en sus determinaciones, y especialmente los americanos, se decidieron á operar la mal llamada tífis y comprobaron siempre las lesiones cerca del ciego, pero no en el mismo intestino: la idea de la apendicitis fué formando cuerpo, ensanchándose la lista de casos comprobados en laparotomías y en sus autopsias, siendo motivo de acerbadas discusiones en su principio que pronto cesaron á la evidencia, aceptándose en congresos, sociedades y escuelas de Medicina la apendicitis como fórmula única y bien distinta de la tífis. El ciego puede enfermar de la misma manera que el resto del intestino, participando de las mismas lesiones: continuidad anatómica, relaciones vasculares y nerviosas muy estrechas, identidad de estructura, etc., son condiciones abundantes para admitir, sin necesidad de consultar á la patología, la propagación de las lesiones. Con esto queremos indicar que el ciego puede inflamarse, ulcerarse, gangrenarse, perforarse, etc., pero no puede hacerlo aisladamente sin haber el cuadro morbozo de la apendicitis. Tanntas veces se ha decidido un cirujano á abrir un vientre alterado de supuesta tífis, se han encontrado las lesiones apendicitarias siempre más antiguas é intensas, ó exclusivamente ellas, sin haber hecho en manera alguna á alterar las paredes del ciego. Tal vez no exista más que el proceso fibrino que aisladamente del resto del intestino pueda presentarse como absceso flotante, como parafita hecho el cáncer ó otro neoplasma cualquiera, y estas especies nosológicas en nada se parecen al cuadro de la apendicitis, á su naturaleza ni á sus terminaciones.

No pretendemos, pues, negar la existencia de la tífis, si con ella queremos indicar que la mucosa del ciego está inflamada; pero sí debemos aceptar, de acuerdo hoy ya cirujanos é internistas, que la especie tífis no asume la responsabilidad morboza en el cuadro francamente peritoneal de las enfermedades de la losa línea derecha, á pesar de encontrarse el ciego recubierto por dicha serosa. La cubierta peritoneal que le envuelve lo fija eficientemente hasta el punto de impedir la desaminación de las membranas, representando, en último término, una ténica más capaz de inflamarse, pero no como lo hacen los órganos libres, verdaderos huéspedes interportales, que hoy continúan merecer á su largo peregrinar. Este carácter pertenece, entre otros órganos, al apéndice vermiforme, que á pesar de sus dimensiones exiguas, de la categoría de órgano atrofico y inutilidad de sus funciones, llega un momento en que el proceso inflamatorio se agudiza en este divirtiéndolo y produciendo terribles efectos por mercurismo predeciblemente ocurrido hoy.

En toda hipótesis del apéndice, aun en los casos ligeros llamados por Tabamin cefito apendicitario, el apéndice está siempre lesionado. Este principio, que al parecer es demasiado absoluto, ha sido puesto en evidencia sin llegar á generar alguno de duda merced á las lesiones histológicas demostradas por los doctores Lefolle y Weinberg en el año 1897.

Contentábase antes los cirujanos con la comprobación que sus ojos les permitía, pero la alteración de estructura demostrada con los métodos de amplificación con que hoy contamos tiene más importancia que el diagnóstico grosero de las lesiones, hecho simplemente con los ojos ó con las manos: val lo que ha servido con la extirpación de los neoplasmas malignos, limitados á extirpar lo duro ó lo blando, lo pálido ó rojo, los ganglios de la primera ó segunda circunscrición, nada se ha conseguido hasta que la histología patológica ha demostrado la existencia de células anormales en las vías linfáticas intersticiales. El piquito, pues, está en pie y todas en las vías linfáticas intersticiales, yadecio, acortado, supurado, estrangulado, para asegurar su fision, el síndrome de la apendicitis es bastante claro para cualquiera diversamente al diagnóstico, y desde este momento debemos tener la convicción de que las paredes del apéndice están lesionadas. Média convicción debemos aceptarla, porque antes de la realidad de tales lesiones, pueden obrar á manera de filtro las paredes apendicitarias, permitiendo el paso á los microbios ó á sus toxinas, y para nosotros, que insistiendo el sitio de la lesión y de la causa de toda la historia morboza, buscamos el sitio de la lesión y de la causa de toda la historia morboza, pero nos importa hayan ó no comenzado las lesiones toxicas en las células de las paredes, lo cierto es que en su cavidad se relacionan venenos que son transportados, y para suprimir la cavidad y los microbios allí contenidos, es necesario constatar el apéndice como profundamente alterado. Si no es tiempo para encontrar probadas alteraciones estructurales, venimos señalando que se encuentran en el tubo intestinal, pero las modificaciones que no observamos directamente al observar á la abstracción de la

firmemente alterada la cavidad, cerrada la comunicación intestinal en cualquier punto del trayecto apendicular, y en su cavidad un líquido mucoso, serioso y á veces purulento.

La necesidad de satisfacer nuestro espíritu con explicaciones en que entran substancialmente cosas de mucho bulto, ha obligado á los primeros observadores á admitir la apendicitis, siempre producido de la penetración de un cuerpo extraño en el canal apendicular; por una parte la penetración del conducto intestinal, cuyo contenido heterogéneo presentaba material sólido á sus aspiraciones, y por otra, la comunicación fácil entre dos cavidades contiguas y la presencia del cuerpo extraño en el conducto apendicular, eran razones, al parecer lógicas, en que apoyó semejante hipótesis; pero la existencia de la válvula de Beckh, la estrechez del orificio de comunicación, que aun forzándolo no explicaría el paso de cuerpos extraños de más de tres ó cuatro milímetros de diámetro, y la pencha (y este es el principal argumento) de que dichos cuerpos han nacido en el mismo apéndice, desfraye toda suposición y nos obliga á buscar un otro origen de los cuerpos que apoyó á la teoría patológica. No podemos negar la existencia de la llamada cisterna cecalosa; pero de la teoría de Talamón, que hace partir el ciego del intestino ciego donde previamente se forma, que hace partir el ileocolon, sustentada merced á los trabajos de Balfanz, Volz, Hulzer, Hurler y Boax de Lausana, existe gran divergencia que es necesario especificar.

Los cálculos se forman en el mismo apéndice, porque tienen la forma alargada, en huso generalmente, y á veces cilíndrica, rebollando completamente la cavidad con el aspecto de moquilla delgada, y no se remite que el mismo, de por resultado la forma alargada cuando el apoyo de su teoría está en la forma esférica previamente mencionada.

El volumen que alcanzan los cálculos apendiculares, que en algunos apoyan la formación *in situ*. La disposición en capas concéntricas demuestra rápida en el ciego asignada por Talamón, puesta con la formación inminente los hazaña con la corriente general del intestino. Muchas demostrando la formación lenta por estratificación orgánica y anormal, dicha que, respecto á número, situación, forma, volumen, color, consistencia y estructura, son todas circunstancias relativas que pueden servir como criterios límites, observándose todos los grados intermedios.

Distintos componen el proceso calcareo que nos ocupan al observarlo en otros conductos, y lo llama Hirsch apendicular, sin atribuirse á convertirse el calcáreo de Hirsch á cálculo á microbiana, comparativo que según nuestro criterio no ha sido muy adecuada, puesto que en los conductos ex-

cretorios en donde se hace ostensible el cálculo determinando el cálculo, justamente allí no es el sitio de su formación; mejor aceptado sería el sitio si hubiese sido propuesta por Talamón, convirtiendo el ciego en vesícula biliar ó en pelvis del riñón, y lanzando el cálculo al apéndice para determinar el espasmo apendicular ó ciego del conducto.

Lo importante es saber que hay cálculos en el apéndice y que puede haberlos sin apendicitis; según la teoría de Talamón, la entrada del cálculo en el apéndice es el principio de la apendicitis ó la determinación del cálculo; según la teoría de Bientaly, fundada en la observación minuciosa y la experimentación razonada, el cálculo nada indica si no obtura completamente la luz apendicular y convierte en cavidad cerrada la que antes comunicaba con el ciego.

La cavidad cerrada es todo para Bientaly, y los procesos que llegan á esta término son variados; de aquí que admitimos distintas variedades que, aun considerando á un mismo fin, tienen distinto carácter anatómico-patológico. La significación clínica será única y siempre la misma, la creación de una cavidad cerrada, pero el mecanismo será variable por formación de la tríada ureteral, llamándose entonces, altamente, por acrobamiento, por estrangulación, etc....

La impermeación de la uretra llega á obliterar la luz del canal apendicular en cualquier punto de su trayecto, considerando la variedad catarral de los mucosos ó altamente de Bientaly, y el acrobamiento, la torsión y estrangulación constituyen otras tantas variedades tan graves y tan fáciles como las precedentes, á cuyos efectos mortales hay que unir los trastornos circulatorios de las partes que conducen á la alteración y la gangrena.

El concepto de la apendicitis descansa en nuestra época contemporánea en la existencia de la cavidad cerrada; puede darse el caso de que nos veamos obligados á admitir la apendicitis ante un caso clínico de nuestra observación y que no exista ni mucosa ni microscópicamente inflamación en el apéndice. Este concepto paradigmático de apendicitis sin apendicitis es verdaderamente confuso dentro de la clínica, dentro de la realidad morbosa, y sería deseable en teoría, en patología, en donde se toman las bases nuevas para enriquecer una especie, variaciones nuevas veces del artículo para dar á nuestros descripciones aspecto lógico y ordenado.

Lo fundamental en la apendicitis es el dato anatómico-patológico de la obstrucción, y el hecho clínico dominante es la acción patológica de los microbios allí encontrados que hasta entonces, por más riqueza que tuviera la forma apendicular, nunca habían esbozado su acción deletérea. El hecho que domina toda la historia de la apendicitis es, como dice Bientaly, la transmutación en cavidad cerrada en la parte de canal apendicular sobreviene á la obliteración. Los microbios filios son indispensables en el canal, como los que se encuentran en el tubo intestinal pero los microbios que no observamos ostensibles, determinando el espasmo ó la obstrucción definitiva.

facilo cualquiera si la fagocitosis no los destruye y el obstáculo persiste, entonces sobre las paredes más directamente en contacto, ó respetando estos eminentemente tóxicos, dando lugar únicamente al cuadro moroso linfadenopático ó á sus accidentes léjimos. Esta teoría merece mayor atención que la de una hipótesis, y sin dejarse arrastrar por la corriente de las novedades que dan fácil solución á un problema muy discutido, y mirando, por el contrario, con espíritu sereno los cuestionamientos sobre que descansan, hemos de confesar que satisfacemos nuestras aspiraciones, encontrando el apoyo decidido en el terreno de la experimentación.

Las experiencias de Cható en el asa lieviada, comprobando los microbios en el suco y fuera del suco, sin perforación alguna en el intestino; de Bannacker, demostrando que se fagocitan las peritonitis por el suco á la salida de la peritonitis en los perros, á quienes ha observado muchos de carácter obliterado distintas porciones de intestino; las de Rogger y Josué, más demostrativas, ligando el apéndice vermiforme en el conejo con la presencia de conservar todos los vasos, y algún tiempo después comprobando la cavidad purulenta subyacente á la ligadura; las de Bonville, provocando el cuadro moroso de la apendicitis en los conejos por la ligadura del apéndice en su base, dicho cuadro repetido por la introducción de cuerpos extraños susceptibles de aumento de volumen, y por cada producir la obliteración, como la laminaria, y la indolensibilidad de otros que permanecen para encerrar la opinión acerca de la teoría de la cavidad cerrada, despreciando la del cuerpo extraño que, hasta tanto determina la obliteración, no podría para nosotros la significación asignada por Talamon.

Las investigaciones histopatológicas de Aperi y Camssade consisten en riqueza de detalles las transformaciones estructurales y de textura que sufren las paredes del apéndice por erupción, por delgado y en el punto de la obliteración, y así como cerca de la inserción son muy raras los cambios expulsores, casi todos si se desvirtúan los efectos de la compresión en el punto obliterado, son por el contrario vivos é intensos en la porción subyacente, observándose la mucosa reblandecida y ulcerada en algunos puntos, la submucosa engrosada con abundante infiltración leucocitaria, la muscular disminuida endotelial en la cara libre de la mucosa. A la par que estas lesiones constantes, se observa una proliferación microbiana intensa, volutas de nueva formación invaden las distintas capas del apéndice hasta llegar al peritoneo, y observarse á distancia masas aisladas y como invyendo de las células figas de nuestros tejidos, y otras englobadas por grandes leucocitos que envahieron la huela y son arrastrados por la corriente patológica.

No nos basta la cantidad de microbios para explicar la acción tóxica tan manifiesta que se desarrolla en la cavidad cerrada; es necesario acudir á los experimentos de Hartmann para encontrar la clave de dicha acción: colitocis (tomados por encima y por debajo de la obliteración en casos de apendicitis aguda operados en su principio, han dado por resultado gran cantidad de sangre y la inoculación en cobayos) á acciéndos tóxicos locales y generales hasta producir la muerte con el calor proveniente de la cavidad cerrada y ha resultado completamente negativo con los callos tomados por encima, en donde el colitocis estaba en libertad completa. Repetidos los experimentos por Bredaly, Camssade y Minot, han proporcionado idénticos resultados, siendo una prueba más de la teoría sustentada tan de acuerdo con los hechos experimentales; y por si no fuera bastante demostrativa, se ha llegado á medir la acción séptica de las toxinas fabricadas filtrando los callos de cultivo para conservar en ellos solamente las proporciones químicamente, separando los elementos formos. Los cobayos murieron en plena infección por la inyección de los callos amorfos de la porción cerrada del apéndice, y quedan indolentes al líquido invyendo completamente los callos prevalecientes de la parte libre.

Existe, pues, como hecho fundamental la cavidad cerrada, principio de todos los accidentes apendicitales; hay proliferación y exudación microbiana y de sus toxinas, y desde este momento en las paredes del apéndice, en el peritoneo periapendicular ó en partes más léjimas por el transporte del microorganismo ó solo de sus principios químicos segregados, se pueden observar trastornos variados en intensidad y localización, consistiendo distintos cuadros sépticos, en los que se tomará en cuenta el órgano atacado, la intensidad microbiana y el terreno en donde se hace la simbiosis.

Los anteriores datos patogénicos merecen ligeros en este trabajo, porque nos conducen por un camino derivado á la terapéutica activa y radical, y lo creído necesario resumir los experimentos en que se apoya el concepto moderno de la apendicitis para recordar al practicante su verdadero valor.

Por la patogenia se explican las pocas causas manifiestas de acción indirecta, como por ejemplo la heredia, pues á pesar de las innumerables causas presentadas en donde aparentemente se ve la influencia de dicha causa, no ha podido darse la razón científica. Hasta que las teorías antiguas han encontrado sólida apoyo en las modernas de Bredaly; el artículo en sus variadas formas, y especialmente las fibrinosas, previan hacen contingente de apendicitis, derivado con mucha razón los mantenimientos de la cavidad cerrada, que es un argumento más en favor de dicha teoría, pues el calentamiento que suponen precipitación de coágulos sustanciales por disrupción primitiva, no necesita más que un conducto estrocho para hacerse ostensible, determinando el paso á la obliteración definitiva.

asi se comprende la solitudinal hereditaria que presentan esta clase de enfermos.

La especie morboza que nos ocupa debiera llamarse con más propiedad septicemia de origen apendicular; antes podría llamarse tífus ó peritífitis en aquellos casos en que domina la astricción, hay vómitos biliosos y dolor en la zona ilíaca con ligera reacción febril; antes podría llamarse cólico apendicular, cuando siguiendo á Talamón, creyeron en el paso del cólico y el espasmo del conducto, esperando la curación con el progreso del cólico en el ciego; pero hoy la denominación clínica de apendicitis, ó mejor de toxemia apendicular, es la más justa y legítima, dando idea de que el supúrico inflamado ó el supúrico séptico por el número y virulencia de sus microbios, es el único punto primitivamente enfermo cuya eliminación está de acuerdo con el diagnóstico anatómo-topográfico y con la verdadera patogenia de los accidentes.

Para instaurar la terapéutica adecuada, no sólo es importante diagnosticar bien, es también importante diagnosticar pronto. El diagnóstico precoz de la apendicitis está á la orden del día. Las curaciones están en razón directa de la fecha reciente en que se conoció la enfermedad; la curación está en nuestras manos si á tiempo empleamos la terapéutica racional, y estos preceptos que todo médico debe conocer, han de servir de acicate para fijar nuestra atención en descubrir pronto las lesiones.

Si leamos las descripciones que nos dan los autores de patología, no llegamos á formar verdadero concepto, encontrándonos peregrinos en muchos casos á tiempo de formular el diagnóstico, y es que hay formas de intensidad variada y peor ó mejor toleradas por el organismo en general, olvidándose descripciones artificiales al fijarse en elementos extraños que, al parecer, dominan la escena.

El diagnóstico positivo requiere fenómenos constantes y al abrigo de temperamentos y rasgos orgánicos: estos fenómenos existen y debemos indicarlos para buscarlos con atención y método escrupulosos. Aparte de la fiebre y el malestar general, náuseas, vómitos, cefalalgia, etc., que acompañan á cualquiera inflamación visceral, lo verdaderamente típico es lo que puede proporcionarnos la exploración de la presunta región enferma. Nos conduce al punto afecto el dolor que afecta al enfermo en la zona ilíaca derecha, y procediendo inmediatamente á la palpación superficial y profunda, encontramos hipersesia en el punto afecto, tensión ó relieve ó densidad mensural (como quiera llamarse) en el plano subyacente, y dolor profundo en una zona más ó menos extensa, que se concentra siempre en el punto de Mac-Burney.

Un sujeto, al parecer sano, que de pronto ó con ligeros prodromos presenta dolor en el punto apendicular, fiebre alta ó baja, con vómitos ó sin

ellos, con diarrea ó con astricción, todo esto es relativo, y que al explorarse despiertan los relieves de que habíamos, parece seguramente de una apendicitis, siendo difícil la confusión (contrariamente á lo que algunos han pretendido) con los cólicos hepático ó nefrítico, ni menos con la tífus ni otras especies análogas.

El dolor podrá presentarse en regiones distintas del abdomen, cuando llegado el momento de la generalización séptica se formen focos flegrísticos á distancia, pero al principio de la enfermedad será constante en el punto de implantación apendicular; el dolor podrá presentarse en dicho sitio en un cólico del úterio, pero aparte de la agudeza que le acompañaba, es dolor descendente, y por lo tanto empezó en punto más alto y bajó luego hasta la vejiga, tiene como carácter constante, y pocas obras de medicina se fijan en este dato, el ir acompañando de deseos vehementes de defecar, sin que esta función pueda verificarse en modo alguno á pesar de los esfuerzos que instintivamente se proponen al enfermo, y tiene irradiaciones al testículo ó á la pierna que raras veces se presentan en la apendicitis; el dolor en el punto de Mac-Burney, con un cuadro ligero ó intenso de serena peritonéal, es lo característico en el diagnóstico de la apendicitis, y debemos insistir por la presión de nuestras manos cuando el enfermo tolera: no lo haya sentido antes; en aquel momento despertamos el relieve mensural, y en algunos podremos entazar los fenómenos dispuestos del cuadro morbozo, muchas veces alarmante desde los primeros momentos.

En este trabajo, cuyo objeto principal es exponer la terapéutica de la apendicitis, como hay que entenderse, no debe figurar un capítulo extenso de diagnóstico que también verdadera importancia en todos los momentos de la evolución morboza; pero aquí sólo pretendemos demostrar la manera de diagnosticar pronto, estableciendo un relieve cuando clínico que abarca los fenómenos más salientes y constantes para obtener el diagnóstico precoz. Y así no debe extrañar pase por alto síntomas de formas que los autores describen, circunscriptivamente á lo fundamental y común á todas ellas. Que se trate de una forma benigna, de una forma grave ó hiperdóxa, ó de una forma de diferente intensidad, siempre veremos empezar la apendicitis de la misma manera: dolor ilíaco en plena salud y algunas horas después de una transgresión inmoderada, dolor que aumenta en algunas horas fijándose en el punto de Mac-Burney, y ligera reacción peritonéal con el cólico sintomático de una indigestión, en la que domina la astricción de vómito. En las veces tan típidamente como acaba de describirse, otras acompañada por las bases morbosas subintrantes, otras dominada por la temperatura febril, otras por diarrea copiosa que desde magnitudinalmente nuestra descripción, etc., etc., siempre se llega á la región enferma, descubriendo pronto, en cualquiera de los casos por una exploración

en los casos fáciles, y con juicio sereno y tranquilo, y requiriendo muchas veces la observación en los casos más difíciles.

Una vez establecido nuestro criterio diagnóstico decisivo, poco nos importa asistir á la evolución de una apendicitis benigna, ó como la llaman 'inflamón, á un simple cólico apendicular, á una peritonitis apendicular, á una peritonitis enquistada, peritonitis adhesiva ó peritonitis purulenta, pedir á nuestra imaginación la evolución más rápida y pensar en la infección hepática, nefrítica y nerviosa de origen apendicular, en la toxemia tan grave á veces que produce la muerte en corto plazo, y todo esto que se considera desligado bajo la dependencia de causas extrañas, hoy lo debemos medir con el criterio de la homogeneidad patológica y consiguiente sujeto á los rigores de la misma ley.

El microbio hipertóxico camina largos distancias y se fija donde mejor le place, siendo este camino y fijación caprichosos para nuestros métodos exploratorios: la toxina venenosa se absorbe y espanta con velocidad vertiginosa é intensidad desmedida, y todo esto ni puede adelantarse ni predecirse, y si sólo considerase más que posible como probable. ¿No se sabe que las localizaciones á distancia de la hora apendicular están supeditadas á la primitiva apendicitis? ¿No se sabe también que las formas más de abscesos apendiculares son dependientes de las modalidades más ó menos móviles de la albuminuria y los accidentes urémicos? ¿No se conocen la dependencia de los abscesos perinefríticos, infundibulográficos ó suprahilares, duodenales y de los accidentes cardíacos? Pues todo está bajo la dependencia del apéndice vermiforme; y al comenzar la apendicitis, cuyo momento lo marca el hecho anatomo-patológico de la obstrucción, no sabemos qué forma exhibará ante nuestros ojos. Conocido que se describan formas leves, torcidas, graves ó hipertóxicas; pero estas descripciones deben hacerse en estas especies representando fases continuas de un mismo proceso ó aparecer en contras y amalgamadas en una misma historia. Las distintas formas que á veces son fases consecutivas, representan una progresión estricta de las formas, una discriminación rígida ó una infección masiva, y esta progresión vertiginosa en su carrera, es grave siempre y lenta con frecuencia fatigante. El principio insidioso no implica la forma benigna; tras un período moroso necesidad de que ocurra la perforación del apéndice; las dolencias evolutivas de escaso interés pronóstico se desarrollan una violenta escena peritoneal, sin necesidad con el descenso de la temperatura y desaparición del dolor son muchas veces anginosas; las llaman Menéndez Trujillos, y se revelan por la frecuencia y persistencia del pulso y el impulso más aumentado, y no basta en

apreciar la peritonitis generalizada con todas sus consecuencias. Muy después de la resolución clínica de la apendicitis, todavía existen gérmenes y virulencia en los exudados peritoneales que establecen las adherencias, según muestran los últimos estudios de Quenú, existiendo casos de peritonitis generalizada sin necesidad de nuevo ataque de apendicitis, producto de la infección propagada por aquellos gérmenes que permanecían soñolientos en las condiciones del apéndice.

Es necesario, pues, que radique en nuestra conciencia la convicción más profunda de que la apendicitis no es la que simplemente indica la traducción etimológica, es una enfermedad de concepto clínico más complejo; pocas veces se limita al apéndice, progresa hacia la gran serosa, intoxica é infecta, y aparte de los fenómenos generales graves que determinan, se fijan sus productos químicos y bacterianos en los órganos más variados, contriñuyendo estas localizaciones á somnoliar seriamente el pronóstico de si ya grave.

Por todas las razones antedichas merece nuestra atención la temperatura de la apendicitis; parece que nos preocupemos de manera muy seria con el fin de llegar á un acuerdo, pues acabamos de ver la gravedad suma que en muchos casos persiste; las formas orgánicas verbalmente tratados que concluyen en breve plazo á la agona; las formas puramente locales (llamadas providenciales, porque limitan su acción toda á las cercanías del apéndice) con marcada tendencia á la formación de pus; la imposibilidad de hacer nuestro juicio pronóstico desde los primeros momentos; la rapidez en la generalización; la formación de focos bacterianos en órganos propiamente sin respecto los parénquimas más nobles y la existencia de pequeños abscesos abscondidos en las apendicitis al parecer curadas que siguen una marcha benigna, son motivo suficiente para hacer de la especie insidiosa que nos ocupa una enfermedad terrible, grave, solapada, ansiosa de generalización, que nos obliga á tomar una actitud decisiva en consonancia con los caracteres clínicos que ostenta.

Si el apéndice estuviera debajo de la piel, nadie se hubiera opuesto á penetrar una iovisita en los casos de abscesos, aun antes de hacerse evidente el pus; se dilata el paratidax que continúa, para evitar los peligros de estancamiento y la necrosis de una lengua, y nadie se opone tampoco á penetrar la antisepsia directa del foco apendicular tan virulento si éste fuese subcutáneo; pero aliviar el vientre cuando puede sobrevenir la peritonitis por nuestra intervención y curado hay casos de curación espontánea con resolución lenta, son raras que apoyan la exportación en espíritus débiles é antojadizos. ¿Qué importa que el órgano infectado esté inmediatamente debajo de la piel, ó lo cubra además una capa serosa, si es perfectamente accesible y podemos adigir en absoluto todo motivo de septuorina exigencia? No comprendo los temores de hacer dano ante una enfermedad

que cambie el temor en triste realidad, y con mayor motivo pensando que las probabilidades de sepsis peritonial están en razón directa de la mayor duración del padecimiento. ¿Queréis operar en frío leyendo de la fiebre y de los brotes reaccionales que determina la intervención? Pues operad pronto antes de que se formen exudados virulentos, y no os exponéis al desahucio. ¿Que hay estadísticas que muestren mayor cifra de mortalidad cuando se opera en plena infección? Claro está; son los casos graves, los que irremisiblemente terminan por la muerte y en breve plazo, y muchos de éstos han sido consecutivos a formas benignas que, operados á tiempo, hubieran curado pronto, y abandonados á la expectación pasaron á ser graves y fueron operados en malas condiciones.

Teniendo la seguridad de la limitación de las lesiones, considero mucho más benigna una operación en el principio de la apendicitis que después de haber curado de uno ó más ataques; en los casos felices encontramos como testimonio de las antiguas lesiones, exudados blancos y blancos y purulentos en forma areolar, que indudablemente no veríamos si no diésemos tiempo á su formación. He llegado á encontrar dos pequeños focos purulentos en una resección de apéndice, después de dos meses del último brote agudo, en un joven de 20 años, cuyo apéndice se resecó no por la intensidad, pero sí por la persistencia de los ataques. Además, para experimentos á operar en frío, es preciso conocer de antemano la limitación de las lesiones, y este dato positivo no podemos obtenerlo á pesar de nuestros esfuerzos.

Los procedimientos de curación espontánea que el organismo elige, no han de pesar nunca en nuestro ánimo lo suficiente para contar con su ayuda; la laparotomía encarecida de destruir la avasculada microbiana de la cavidad cerrada, la liberación del absceso que produjo la diferenciación, la perforación y expulsión del cálculo en medio de maniobras asépticas, la amputación espontánea del apéndice según casos relatados por Quenu, la resolución lenta y progresiva, la separación en foco y abertura en sitio tolerable, etc., etc., son probabilidades clínicas de inmenso valor para la terapéutica expectante del que no sabe diagnosticar ó no se atreve á operar, habiendo del método científico y racional. Contaríamos con la evolución á ver si se espontánea en las presentaciones de tórax, si no pudiéramos predecir la operación manual llamada verosí; contaríamos con la reducción espontánea y el establecimiento del ano preteratural en las hernias estranguladas si no tuviésemos la quielotomía; pero sería verdaderamente posible en nuestros días permanecer quietos ó contentarnos con medios farmacológicos (que para mí serían lo mismo), pues aun pecando de exagerado en ciertos elementos, me atrevo á decir que no debe intentarse la reducción en las hernias estranguladas, aparte de consideraciones muy atendibles, por no

perder la ocasión de curar radicalmente una deformidad peligrosa con una sencilla operación que expone á menos accidentes que las manipulaciones efectuadas por encima de la piel, y en los casos de apendicitis, que al fin y á la postre obliteración del canal intestinal representa también, si como órgano atóxico y destinado á desquehacer es su importancia fisiológica en el feto de la función preponderante del intestino, como especie morbosa es importante y debe rechazar toda nuestra atención.

¿Caso llegada la hora de acortar de una vez las discusiones sin fin que ha suscitado el tratamiento de la apendicitis? la discusión podrá continuar entre los médicos puros, preconvencionalistas más el hecho y otros el calor, unos puristas y otros morfinas, pero recordando el carácter microbiano, virulento y diverso de las toxinas, nocivas y complicaciones graves, y teniendo á la vista las apendicitis que matan, el loco scripsero ha de ser toda nuestra preocupación, atendiendo en los casos ligeros como si se tratara de una forma intensa, y en los graves con toda la prontitud y la seriedad que su pronóstico reclama.

Ante pesen sobre mí con respecto á los casos de apendicitis en niños de 11 y 12 años de edad, respectivamente, calificadas de poca intensidad por su conjunto clínico nada alarmante y que abandonadas al tratamiento médico fallaron dentro de las 48 horas del ataque apendicular; pero era en aquellos tiempos de desconfianza, y la intervención operadora no podía plantearse sin obedecer á los preceptos que todos conocéis y que las obras de nuestros días todavía con grave perjuicio repiten... apendicitis resistentes, perforación y peritonitis generalizada y absceso peritoneal. Recordado también con pesar profundo otros dos casos en que se definió tardamente la intervención, presenciado uno por mí maestro el Dr. Marchi y el otro por nosotros con el Dr. Navarro, en el primero con el apéndice abierto en toda su longitud, gangrenado á trechos y con focos múltiples de supuración intraperitoneal, y el segundo con abundante cantidad de pus libre en la gran cavidad, ambos fallados á las pocas horas de operados. El Dr. Pastor ha testigo en un caso muy descrito de apendicitis tífica, iniciado de 11 años de edad, por el que fui llamado en consulta, y atentamente á los segundos preceptos de la intervención no he concurrido inmediatamente, habiendo que que asistir luego á la evolución de un absceso intraperitoneal de que pecó una seria intervención por la vía transperitoneal (operación de la Leber) á intervención conservativa de la pleura, curando por casualidad de la intervención y de la peritonía toxémica, cuando presento á tiempo el apéndice, habiéndose producido serios peligros y no conservaría en su estado el terrible resultado. ¿Para qué multiplicar los casos, si las estadísticas están cargadas de verdaderos desastres? Las intervencionalistas operativas fueron pocas en número para resistir la ola de la doctrina expectante y de los operadores llamados que trataban de operar en la calma de la quiescencia de los focos, pero es un operado que viene á hacerse microbiano, y que

que cambie el temor en triste realidad, y con mayor motivo pensando que las probabilidades de sepsis porfional están en razón directa de la mayor duración del padecimiento. ¿Queréis operar en frío leyendo de la fiebre y de los brotes reaccionales que determina la intervención? Pues operad pronto antes de que se formen exudados virulentos, y no os exponeréis al desperdicio de progreso de las lesiones, á pesar de vuestra razonada esperanza. ¿Que hay estadísticas que muestren mayor cifra de mortalidad cuando se opera en plena infección? Claro está; son los casos graves, los que irremisiblemente terminan por la muerte y en breve plazo, y muchos de estos han sido consecutivos á formas benignas que, operados á tiempo, hubieran curado pronto, y abandonados á la expectación pasaron á ser graves y fueron operados en malas condiciones.

Teniendo la seguridad de la limitación de las lesiones, considero mucho más benigna una operación en el principio de la apendicitis que después de haber curado de uno ó más ataques; en los casos felices encontrados como testimonio de las antiguas lesiones, exudados furos y blancos y purulentos en forma avolar, que indudablemente no veríamos si no diésemos tiempo á su formación. He llegado á encontrar dos pequeños focos purulentos en una resección de apéndice, después de dos meses del último brote agudo, en un joven de 20 años, cuyo apéndice se reseccó no por la intensidad, pero sí por la persistencia de los ataques. Además, para experimentos á operar en frío, es preciso conocer de antemano la limitación de las lesiones, y este dato profundicé no podemos obtenerlo á pesar de nuestros esfuerzos.

Los procedimientos de curación espontánea que el organismo elige, no han de pesar nunca en nuestro ánimo lo suficiente para contar con su ayuda; la lagocitosis encargada de destruir la arañada microbiana de la cavidad cerrada, la liberación del obstáculo que prolonga la difusión, la perforación y expulsión del cálculo en medio de membranas aisladas, la amputación espontánea del apéndice según casos relatados por Quenu, la resolución lenta y progresiva, la supuración en foco y abertura en sitio favorable, etc., son probabilidades clínicas de inmenso valor para la terapéutica científica del que no sabe diagnosticar ó no se atreve á operar, teniendo del método científico y racional. Contraríamos con la evolución ó resolución espontánea en las presentaciones de tórax, si no pudiéramos practicar la operación manual llamada versión; contraríamos con la reducción espontánea y el establecimiento del ano preternatural en las hernias estranguladas si no tuviésemos la quietud; pero sería verdaderamente posible en nuestros días permanecer quietos ó contentarnos con medios farmacológicos (que para mí serían lo mismo), pues aun pecando de exagerado entre ciertos elementos, me atrevo á decir que no debe intentarse la reducción en las hernias estranguladas, aparte de consideraciones muy aleatorias, por no

perder la ocasión de curar radicalmente una debilidad peligrosa con una sencilla operación que expone á menos accidentes que las manipulaciones efectuadas por encima de la piel, y en los casos de apendicitis, que al fin y á la postre obliteración del canal intestinal representa también, si como he ganado crédito y destinado á desaparecer es su importancia fisiológica un hecho de la función preponderante del intestino, como especie morbosa es importantísima y debe reclamarse toda nuestra atención.

Creo llegada la hora de acortar de una vez las discusiones sin finitas que ha suscitado el tratamiento de la apendicitis: la discusión podrá continuar entre los médicos puros, preconizando unos el hielo y otros el calor, unos purgantes y otros morfina, pero recordando el carácter microbiano, y evitando y diluyendo de las toxinas, acerbantes y complicaciones graves, y teniendo á la vista las apendicitis que matan, el loco septico ha de ser toda nuestra preocupación, atendido en los casos ligeros como si se tratara de una forma intensa, y en los graves con toda la primaría y la seguridad que su pronóstico reclama.

Aun pesan sobre mí recuerdos de casos de apendicitis en muchachos de 11 y 12 años de edad, respectivamente, sufridos de poca intensidad por su conjunto clínico nada alarmante y que abandonados al tratamiento médico fallaron dentro de las 48 horas del ataque apendicular; pero era en aquellos tiempos de discusión, y la indicación operatoria no podía plantearse sin obedecer á los preceptos que todos conocéis y que las obras de nuestros días todavía con grave perjuicio repiten... apendicitis variante, perforación y peritonitis generalizada y absceso peritoneal. Recuerdo también con pesar profundo otros dos casos en que se admitió tardamente la intervención, presenciado uno por mí mismo el Dr. Martí y el otro por nosotros, presenciado el Dr. Navarro en el primero con el apéndice abierto en todo su longitud, guiando á los pocos horas de operados. El Dr. Pastor gran sereno, ambos fallidos á las pocas horas de operados. El Dr. Pastor fué tesigo en un caso muy discutido de apendicitis ligera, marchado á los siete años de edad, por el que fué llamado en consulta, y atendido á los siguientes preceptos de la intervención no la más legítimamente llamada, tendiendo que asistir luego á la evolución de un absceso indudablemente de lo que reclamó una seria intervención por la vía transpleural (operación de la Esnard) ó intervención conservativa de la pleura, evitando por casualidad de la intervención y de la profunda lavantía, cuando presento á tiempo el apéndice, habiéndose fácilmente serenos peligros y no conservaría en su vida el terrible resultado. Para que multiplicar los casos, si las estadísticas están enojadas de verdaderos desastres? Las intervencionistas operativas fueron pocos en número para resistir la obra de la doctrina experimentada de los operadores llamados que trataban de operar en la calma de la apoplejía de los operados, pero es un operado que como á necese microbiano, y que

que cambie el temor en triste realidad, y con mayor motivo pensando que las probabilidades de sepsis porfirica están en razón directa de la mayor duración del padecimiento. ¿Queréis operar en frío luego de la fiebre y de los brotes reaccionales que determinan la intervención? Pues operad pronto antes de que se formen exudados virulentos, y no os exponáis al desperante progreso de las lesiones, á pesar de vuestra razonada expectativa. ¿Que hay estadísticas que muestren mayor cifra de mortalidad cuando se opera en plena infección? Claro está; son los casos graves, los que irremisiblemente terminan por la muerte en breve plazo, y muchos de éstos han sido consecutivos á formas benignas que, operados á tiempo, hubieran curado pronto, y abandonados á la expectación pasaron á ser graves y fueron operados en malas condiciones.

Teniendo la seguridad de la limitación de las lesiones, considero mucho más benigna una operación en el principio de la apendicitis que después de haber curado de uno ó más ataques; en los casos felices encontramos como testimonio de las antiguas lesiones, exudados duros y blancos y puntentos en forma areolar, que indudablemente no veníamos si no diseminados en un tiempo á su formación. He llegado á encontrar dos pequeños focos puntentos en una resección de apéndice, después de dos meses del último brote agudo, en un joven de 20 años, cuyo apéndice se reseccó no por la intensidad, pero sí por la persistencia de los ataques. Además, para exponernos á operar en frío, es preciso conocer de antemano la limitación de las lesiones, y este dato pronóstico no podemos obtenerlo á pesar de nuestros esfuerzos.

Los procedimientos de curación espontánea que el organismo dirige, no han de pesar nunca en nuestro ánimo lo suficiente para contar con su ayuda; la lagocelosis encarga de destruir la arañada microbiana de la cavidad cerrada, la liberación del absceso que prolonga la ulceración, la perforación y expulsión del cálculo en medio de menbranas asépticas, la amputación espontánea del apéndice según casos relatados por Quenel, la resolución lenta y progresiva, la supuración en foco y abertura en sitio tolerable, etc., etc., son probabilidades clínicas de inmenso valor para la terapéutica espontánea del que no sabe dignificar ó no se atreve á operar, teniendo del método científico y racional. Contaríamos con la evolución ó resolución espontánea en las presentaciones de tónico, si no pudiéramos practicar la operación manual llamada versión; contaríamos con la reducción espontánea y el establecimiento del ano preternatural en las hernias estranguladas si no tuviésemos la quelotomía; pero sería verdaderamente inútil en nosotros días permanecer quietos ó contentarnos con medios farmacológicos (que para mí serían lo mismo), pues aun pecando de exagerado entre ciertos elementos, me atrevo á decir que no debe intentarse la reducción en las hernias estranguladas, aparte de consideraciones muy atendibles, por no

perder la ocasión de curar radicalmente una deformidad peligrosa con una sencilla operación que expone á menos accidentes que las manipulaciones electivas por encima de la piel, y en los casos de apendicitis, que al fin y á la postre obliteración del canal intestinal representa también, si como órgano nutricional y destinado á desaparecer es su importancia fisiológica en todo de la función preponderante del intestino, como especie muéstrase es importante y debe reanar toda nuestra atención.

Caso llegado la hora de acchar de una vez las discusiones sin límites que ha suscitado el tratamiento de la apendicitis? La discusión podrá continuar entre los médicos puros, preeminando más el hecho y otros el carácter, unos puristas y otros morales, pero recordando el carácter microbiano, virulento y disuasivo de las toxinas, ardientes y complicaciones graves, y teniendo á la vista las apendicitis que matan, el foco séptico, ha de ser toda nuestra preocupación, olvidando en los casos ligeros como si se tratara de una forma intensa, y en los graves con toda la prurritia y la seriedad que su pronóstico reclama.

Aun pesan sobre mí recuerdos dos casos de apendicitis en muchachos de 11 y 12 años de edad, respectivamente, calificados de poca intensidad por su conjunto clínico nada alarmante y que alarmados al tratamiento médico habieron dentro de las 48 horas del ataque apendicitario no podía planear aquellos tiempos de discusión, y la indicación operatoria no podía plantearse sin obedecer á los preceptos que todos conocéis y que las obras de nuestros días todavía con grave perjuicio repiten... apendicitis verdaderamente perforación y peritonitis generalizada y absceso peritoneal. Recordar también con pesar profunda otros dos casos en que se admitió tardamente la intervención, presenciado uno por mí maestro el Dr. Marchi y el otro por nosotros con el compañero el Dr. Navarro, en el primero con el apéndice abarrotado en toda su longitud, sumergido á brotes y con focos múltiples de supuración interperitoneal, y el segundo con abundante cantidad de pus libre en la gran cavidad, ambos fallecidos á las pocas horas de operados. El Dr. Pastor ha insistido en un caso muy discutido de apendicitis tímica, mencionado de 11 años de edad, por el que fui llamado en consulta, y ateniéndome á los signos que preceden de la intervención no la creí legítimamente fundada, teniendo que asistir luego á la evolución de un absceso intraperitoneal de la que resultó una seria intervención por la vía transpleural (operación de la Esch) á intervención conservativa de la pleura, curando por casualidad de la intervención y de la profunda toxemia, cuando presentado á tiempo el apéndice, hubiéramos fácilmente evitado serios padecimientos y no conservaría en su vientre el terrible resaca. ¿Para qué multiplicar los casos, si las estadísticas están raras en número para permitir la obtención de la doctrina esperada y luego pocos en número para permitir la obtención de la doctrina de la aprobación de los operadores, cuando que trataban de operar en la calma de la aprobación de los operadores, pero es un operador que parece á necese microbiano, y que

cuando los exudados estuvieron duros y sin reuccion, como los dentistas que se niegan á extirpar una mucha infectada siempre que existe inflamacion circunvecina ante el temor del dolor ó la hemorragia; pero aquellos interuencionistas no tenían razones verdaderamente científicas en su apoyo y sólo el miedo les empujaba á suprimir el órgano enfermo.

Hoy pedimos legítimamente la intervencion, y la hacemos extensiva á los casos graves, porque intrínsecamente la merecen, y leves, porque no sabemos el límite pronóstico que alcanzarán: pedimos legítimamente la intervencion porque conocemos la patogenia de todos los accidentes, porque la forma de la enfermedad generalizada, y donde existe la difusion tóxica y la intervencion pedimos extirpación por reuccion en órgano muy importante para la vida y en región quirúrgicamente accesible, nada debe detenernos. No sólo pedimos que quede hecho el diagnóstico, como si se tratase de una hernia estrangulada donde Triplet decía que el médico no debe salir de casa del enfermo sin haber entrado la hernia en el abdomen, y yo añadiré que en casos de apendicitis sólo se debe abandonar el enfermo cuando no se admira la operacion, á pesar de nuestros esfuerzos suprimidos.

Las detenciones de la intervencion dicen que no se debe imponerle el peritonio, que hay prohibidos de sigsis, que muchas veces no influye, grave é incompleta; que una vez encontrado, no siempre es fácil extirparlo por las adherencias fuertes ó extensas, y especialmente las que existen al intestino, á los vasos ó al uréter, y últimamente, forzando la nomenclacion, citan la relativa frecuencia de las eventraciones en la cavidad de la incision.

A lo dicho puede contestarse: que se debe imponerle al peritonio, que en nuestros niños está el reducir á cero la sepsis peritoneal exógena, que se encuentra al apéndice saliendo anatómicamente ó abierto ó sus herencias, más fácilmente que se puede extirpar, á pesar de sus adherencias, más fácilmente que las neoplásicas complicadas con ellas, y sin embargo nadie contraindica por esta circunstancia la extirpacion, y por último, la probabilidad de hernias es muy reducida en las laparotomías laterales, contrariamente á lo que opinan algunos cirujanos apoyados en falsas operaciones que se propone curar radicalmente una grave lesión.

No pretendo demostrar la legitimidad operatoria en aquellos casos llamados recidivantes, que con desesperante insistencia alcanzan al individuo entre una ó cada dos meses, llegando á hacer imposible la vida por los trastornos gastro-intestinales aun en los períodos de calma completa; en estos no ha habido discusion, el enfermo ha pedido á voz en grito la operacion.

cion, y ésta ha dejado al individuo completamente bueno. No necesario apoyar este aserto con datos cuocentísimos que nos presentan las estadísticas de una manera uniforme. No se refiere tampoco mi proposición terapéutica al primer ataque apendicular grave con signos evidentes de perforacion y peritonitis más ó menos intensa; aquí todo el mundo admite la intervencion: Roux dice que nunca se interviene demasiado pronto, y yo añado que nunca se interviene tarde, queriendo indicar con esto que, pronto ó tarde, cuando se pueda, debe abrirse el vientre, recordando que la literatura quirúrgica nos enseña curaciones sorprendentes en enfermos al parecer agonizantes; yo no he tenido tanta suerte, pero no por ello me arrepiento de lo hecho, y seguiré la terapéutica activa y operativa, convencido como estoy de que el medio más racional de tratamiento en las formas graves es en todos los casos y en todas las circunstancias la operacion. (Quedaré completamente tranquilo operando á un moribundo de hernia estrangulada, de peritonitis séptica de un loco pirulento genial tan frecuente en el puerperio y la apendicitis que mata ó que puede matar en breve plazo cuando el apéndice está perforado, me propongo como las anteriores lesiones una sugestion desista pensando en verdaderos resurrecciones cuando á tiempo se desinfecta el foco virulento.

Tampoco quiero demostrar que el foco purulento apendicular y de sus inmediaciones reuccion siempre nuestra intervencion tardada; es demasiado clara la indicacion, hay un absceso y es preciso exponerlo á la luz del sol.

Pretendo empujar á médicos y cirujanos á operar toda clase de apendicitis, y en cualquier período que se observe, pretendo hacer higrone de la cirugía, evitando á tiempo mayores males; pretendo establecer como base de tratamiento de la apendicitis la extirpacion preventiva, no como se ve en la curación de la viruela al poco tiempo de nacer y en pleno estado de salud, pero sí en cuando la enfermedad se declara y el diagnóstico está hecho.

Seguramente se oiran próximos desistires cumpliendo los medios operativos que la cirugía contemporánea nos presta en presencia de una enfermedad en que es fácil diagnosticar lo que existe, pero en donde es muy difícil y en ocasiones imposible formar concepto del porvenir. La única indicacion que puede guiar al criterio absoluto de la operacion inmediata, es la de que existen apendicitis de forma abortiva (antes llamadas cefalopendicular por Tatham), de evolucion rápida y marcha sumamente benigna, es ligera fiebre y escasa modificación en el pulso, provocadas sin duda por el reudamiento ó por el espasmo que determina un cuerpo extraño convirtiendo momentáneamente en cavidad cerrada la que antes se comunicaba abierta y con microbios dólidos ó inactivos. Es verdad que se curan espontáneamente con el simple reposo y en el intervalo de pocas horas; pero ¿se dan á conocer de manera tan clara que podamos separarlas del grupo general? ¿No es un apéndice que tiende á hacerse intersticial, y que

empezando su infección con la máscara de la benignidad seguirá la evolución progresiva de las formas comunes? ¿Qué inconveniente hay en operar en estas circunstancias? Practicar alguna operación inútil, dicen los que creen en la curación radical y espontánea; pero para mí que este apéndice está enfermo y en inminencia morbosa cuando parece curado; para mí que unos curados cinco días desde la curación, he de proponer la extirpación para evitar la recidiva, no me expongo á las equivocaciones patológicas tan lamentables y frecuentes, y desde el principio estaré dispuesto á intervenir, siempre en mejores condiciones de éxito cuanto más benigna sea la forma morbosa.

La extirpación del apéndice es una operación benigna; se hace grave cuando es difícil la extirpación y las dificultades dependen de la intensidad y de la antigüedad del proceso. Esta proposición es alejística, y en buena lógica debe mirarse con todo el respeto que la verdad encierra.

Las apendicectomías de fácil técnica operatoria reducen á cero la mortalidad; las estadísticas numerosas así lo demuestran; en la práctica de operaciones pélicas por salpingo-ovariis he practicado simultáneo de veces la resección del apéndice por adherencias, y nunca he observado el más ligero soplo de complicación post-operatoria. La operación grave la consistió en la operación difícil y laboriosa, el despreñamiento de adherencias fuertes y la presencia de pus, y estas complicaciones operatorias dependen exclusivamente de la enfermedad que se abandona á los esfuerzos de la naturaleza esperando una curación providencial.

El deber del cirujano es interrumpir la marcha microbiana, y por desgracia no contamos con medios esclerogénos en el peritoneo; podríamos adhierecer salvándonos limitar el foco sitiendo por hambre al microbio, pero no puede advenirse su formación ni es segura la limitación, como lo demuestran las historias clínicas que á continuación expongo.

Sé que se me tachará de exagerado al susentar un criterio tan absoluto en el tratamiento de la apendicitis, pero la lógica de los hechos afirma mi opinión, y los pocos pero elocuentes casos clínicos que he asistido han dificultado mi temeraria de una manera radical, habiendo llegado al convencimiento íntimo de que con el procedimiento sumariísimo se salvan muchos más enfermos que esperando la mudanza de las indicaciones clásicas.

Como resumen de la opinión formulada por los principales cirujanos, especialmente franceses, por ser nuestra vecina nación la primera que se ocupó seriamente de la patología, expongo las más conocidas en la actualidad.

Réclus opera todas las formas graves, y dice que las benignas con plastrón van también acompañadas de pus.

Nikhon opera siempre que hay dolor intenso y la fisonomía está crispada, siendo el primer carácter premonitor del pus y el segundo de la peritonitis.

Tuffier interviene dentro de las 48 horas primeras.

Regnier es partidario de contemporizar, asegurando que el hiello y el oño empiezan desde el principio enfrenan la enfermedad.

Méchain prefiere operar en frío, atendiendo á su estadística de 319 operaciones con 319 curaciones, y en cambio dos muertos de seis operados en plena inflamación.

Tinotín ha practicado 304 operaciones: 179 en holo agudo y 125 en frío. Las últimas todas curadas, y de las 179, 49 muertos. El mismo cirujano añade que se ha de tomar en cuenta que las operaciones practicadas en plena acerbamente logístico fueron multividas por formas graves y todas en época tardía, declarándose partidario de la intervención precoz.

Pohlert ha practicado 115 operaciones, de las cuales 75 en frío todos curados y 36 en período agudo con 11 muertos. Añade que casi todos los operados que reclamaron la intervención inmediata fueron conducidos al hospital en gravísimo estado. Se declara partidario de la intervención precoz si el cirujano asiste al enfermo desde los primeros síntomas.

Hichelot dice que debe operarse dentro de los dos primeros días; pero llegando tarde y pudiendo esperar, se inclina á operar en frío.

Lucas Champignonniere opera todas las apendicitis desde que las diagnóstica.

Le Bentu opera como Champignonniere. Bonfier con premura, frenant Marchand sin remiso, Gueni conviene en los casos ligeros 24 horas y en condiciones de atenta vigilancia. Kirmisson se declara oportunista mejor que radical, diciendo que es muy difícil juzgar, porque deben compararse los hechos similares y tratados en el mismo período, y esto no se ha hecho. Schwertz opera las formas graves, y en las leves es partidario de la expectación armada; Jalagier es partidario de la expectación, etc., etc. Y bien, señores; ¿qué significa la estadística con cifras de mortalidad más exagerada, siempre que se ha intervenido en plena inflamación? En la mayoría de los casos, que se ha dejado hacer grave una enfermedad que trataba á tiempo no hubiera trascendido á la generalidad del organismo, ó no hubiera pasado los límites de la inmediación del apéndice. ¿Qué de extraño tiene que las intervenciones tardías sean precursoras de accidentes mortales, si abandonados sin operación los enfermos han de tener necesariamente la misma terminación? Aplazando la operación, crecen en progresión creciente las dificultades técnicas, las manipulaciones intraperitoneales se hacen pesadas y laboriosas, las intestinos se contraen, la gran cavidad serosa presenta su endotelio con sus modificaciones histológicas descritas por Bellard) muy dificultoso á inflamarse, con sus células eudras prenatamente y la infección por el aire que en la mayoría de las laparotomías lo despreñamos, es factor importante entre las complicaciones post-operatorias; ha habido tiempo sobrado para establecer adherencias robustas y extensas, la antigüedad del proceso

ha permitido la formación de focos purulentos, etc., y todo esto, suponiendo que no exista peritonitis generalizada ó profunda toxemica, pues entonces no es posible establecer términos comparativos entre las operaciones precoces y operaciones tardías, siendo estas últimas el borchon vergonzoso de la cirugía abdominal, que lo mismo en esta que en otras enfermedades de crónicas producen siempre ó casi siempre el desastre más espantoso, no por la lesión inicial, sino por la difusión del elemento patógeno.

Las estadísticas más hermosas son producto de las operaciones practicadas en frío: se cuentan las curaciones por el número de operaciones; si, pues, resulta peligroso ó expuesto el contemplar hasta llegar al período de calma, quedando, si no es al principio, ha de surgir el momento operatorio, aproximándonos en lo posible á las condiciones de afección y frialdad local de las anteriores estadísticas? Esperando el frío de aquella temperatura violenta nos podemos encontrar con el frío de la muerte que detenga nuestra tan sombría, el colapso más profundo seguirá nuestra labor, siendo imposible el suero á dosis masivas para conjurar el inmediato peligro.

Casi todos los operadores van inclinándose del lado de la intervención precoz; á pesar de las primarias creencias, que son las que cubren más hondas las raíces, la inteligencia se muba en ocasiones y el vivo sentimiento pleno con más lógica modificando el primer criterio, dispuestos á hacer desde el principio, cuando veinte minutos de sueño cloroformico y lineal en el flanco derecho de las paredes del abdomen. Hizo época de acalorada discusión, se dió un paso hacia atrás en la temperatura activa de la apendicitis, se atacaron solamente las variedades recidivantes, y cuando hoy se piensa con mirrar radicales desde el principio y cada día va encontrando más adeptos la operación precoz, fuerza es confesar que la práctica diaria nos enseña nuestros errores y nos conduce por mejor camino el estudio experimental tan completo de la apendicitis. Las siguientes notas clínicas demuestran algunos de los conceptos antes expuestos.

II. V., de 41 años de edad, habitante en Valencia, calle del Almirante, temperamento linfático y de constitución raquítica, fué atacado en plena salud de dolor vivo en la fosa ilíaca derecha con vómitos repetidos, primero alimenticios y luego biliosos. La fiebre alta, la persistencia en los vómitos y la intensidad del dolor motivaron una consulta, á la cual asistí, encontrando al enfermo algo más calmado en su dolor ligo en el punto de Mac-Burney, con temperatura de 39° y latiendo el pulso 112 veces por minuto. El diagnóstico era demasiado claro para entrar en discusión, y sólo nos preocupó la oportunidad de la intervención, conviniendo en que parvita prematuro plantear la indicación operatoria, puesto que decrecía el dolor,

la temperatura no era excesiva, y sobre todo el pulso, teniendo en cuenta la edad del enfermo, estaba en consonancia con la cifra termica. Nos limitamos al tratamiento médico y aplazamos nuestras decisiones hasta las ocho de la mañana, hora en que debíamos reunirnos nuevamente. Al día siguiente, y á la hora convenida, acudí á la casa del enfermo, sabiendo entonces que desde las dos de la tarde, hora en que nos habíamos retirado nosotros, había presentado ligeras alternancias que apenas modificaron el cuadro primario; pero á la una de la madrugada recurreció el dolor, se impregnó rápidamente el vientre, quedó frío el enfermo, y sólo tuvieron tiempo de llamar al médico de cabecera, quien creyó inútil todo auxilio médico, sobreviniendo el término fatal á los pocos momentos.

En este enfermo, la apendicitis podía, cuando más, calificarse de forma mediana-intensa, y aunque en los niños siempre resulta más grave la enfermedad por las facilidades que encuentra en la extensión peritoneal, no creímos bastante motivo ni el dolor, ni la fiebre, ni los vómitos, ni todo reunido para decidir la operación. Sobre vino sin duda la peritonización, y bien sea la peritonitis hipertóxica, ó como la llamam otros, el peritonismo por irrupción microbiana en la cavidad serosa, determinó la agudez que en los niños mata en pocas horas.

Este niño, operado en nuestra primera visita, pudo salvarse.

II. S., de 15 años de edad, vecino de Burjassot, bien constituido y disfrutando de salud inmejorable, presentando una corrida de toros en la plaza de Valencia, es atacado súbitamente de dolor en la fosa ilíaca derecha, por lo que se ve obligado á retirarse inmediatamente á su casa. Adoptando insistentemente el reposo y colocándose en la región dolorida cataplasmas emolientes, logra calmar el dolor y pasar la noche sin asistencia facultativa. Al siguiente día vuelve el médico de cabecera, limitándose á algunos consejos higiénicos en vista de la calma aparente; pero transcurridas 24 horas vuelve á presentarse de nuevo el dolor con más intensidad que al principio, y fué llamado en segunda para decidir la operación. No creí prudente discutir, pues me pareció perder tiempo todo lo que no fuera dirigido á abrir en segunda el vientre, y hecha nuestra proposición á la familia en términos muy concretos, fué, si no reclinada, aplazada por unas horas, aplazamiento que no concebí, aceptando por fin los términos sombrios de la intervención.

Practicada la incisión de Hous, y abierta la gran serosa, nos encontramos con lesiones generalizadas en el peritoneo; abundante líquido purulento sucio llenaba la gran cavidad virtual, y el apéndice estaba flotando en esta líquido, estrangulado cerca de la inserción por un cuerpo extraño y dilatado hasta su extremidad terminal. Se resó ó el apéndice, se practicó la toilette peritoneal completa, y el enfermo murió á las seis horas de la intervención.

Es digno de notarse, en el caso clínico anterior, la forma benigna inicial,

al parecer abortivo, y la sucesión de la forma grave sin perforación, cuando todo parecía haber cedido. Prueba el relato de las lesiones, que sin grandes alteraciones apendicitares pueden sobrevivir fenómenos peritonales graves, y todas estas consideraciones nos conducen como de la mano a pensar que, practicada la resección en el primer día cuando el enfermo se creyó curado, hubiéramos evitado seguramente la difusión y la explosión de la peritonitis.

I. II., de 12 años de edad, habitante en Valencia, calle de Caballeros, de constitución endémica y sin antecedente que merezca anotarse, es atacado de una apendicitis de forma metámicamente intensa con vómitos y restricción de vientre, temperatura de 38,5° y pulso de 100 por minuto. Se sostiene la temperatura alrededor de la cifra marcada durante unos días y se inicia un plastrón peripendicular, variada, filaca, dudándose por los médicos que asistíamos al enfermo si existía ó no pus en el centro de la masa indurada. Se suscita la oportunidad de la intervención y recordamos la expectación armada, en vista de que la masa plastrón persistía dura é igual, la temperatura no ascendía y el pulso no demostraba reacción peritoneal. Efectivamente, nuestros temores respecto á supuración se desvanecieron progresivamente, pero la elevación térmica y la prostración general, acompañados de dolor profundo en el hipocóndro derecho y las irradiaciones escapulares nos condujeron á la región hepática, encontrando el ligazo grueso y saliente con prominencia de tres traveses de dedo de la cadera costal y mate toda la zona hasta por encima del límite fisiológico. Escalofríos repetidos, fiebre intermitente con picachos de 40°, etc., etc., todo el cuadro sintomático del absceso subfrénico, descrito magistralmente por el Dr. Pastor en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas* á propósito de este mismo caso, nos obligó á practicar una operación transpleural, siguiendo la técnica de Isanclí, levantando un colgajo músculo-cutáneo en la parte latero-inferior salida á más de un litro de pus pestilente. Sobrevino consecutivamente la infección de la plomaa, pero gracias al tratamiento empleado, se agotó el primer foco purulento, desapareció la fiebre al curarse la pleuresía purulenta, y el enfermo pudo levantarse completamente bueno de sus complicaciones apendicitarias.

Eficientemente por demás es el caso que acaba de describirse, en donde una apendicitis que no merece el calificativo de grave ha dado lugar á complicaciones serias y á distancia: una apendicitis, al parecer, atenuada por la reacción peritérica que no la supuró, ha dado lugar á la formación de abscesos al tratamiento médico de la apendicitis y hemos tenido que practicar otra más grave, y después de haber obtenido la curación de las complicaciones y dar por curado al enfermo, todavía tiene en su vientre el aprendizaje, existe la amenaza de nuevos ataques y tal vez sea necesaria la extirpación,

que yo desde este momento propondría si no tuviera la seguridad de la negativa.

J. R., de Henlajó, de 40 años de edad, bien constituido, con antecedentes patológicos de neoplásia uterina, fué atacado de apendicitis, presentando un cuadro clínico de gastro-enteritis, pero con dolor constante é intenso en el punto de Mac-Burney y con vellojo muscular exagerado á la presión exploradora. Se mitiga los fenómenos gastro-intestinales, domina entonces la asirricción y continúa el dolor ilíaco con fiebre de 38,5° y pulso alrededor de 100. Se inicia una induración en el punto del dolor, y á los tres días, continuando la fiebre en la misma cifra, se presenta el pulso frecuente y pequeño, la cara crispada y vómitos que, de carácter bilioso, se hacen constantes. Hemisidos en consútila, diagnósticos en la existencia de una peritonitis por propagación, y acto continuo procedimos á la operación practicando una hipotomía lateralizada que evidenció el apéndice perforado en toda su longitud; las paredes, medio estereohelas, reducidas á pílulas violáceas, se distinguían entre los dedos al practicar la resección, y todo el paquete intestinal estaba cubierto de un exudado grisáceo amarillento, encontrando en las puntas de los dedos un caldo sucio que no había tenido tiempo de convertirse en pus. Se reserva el muñón que había respaldado el estómago, se practicó la toilette peritoneal completa, se colocó drenaje según aconseja Michkelly, pero la enferma no reaccionó á pesar de nuestros esfuerzos, muriendo á las ocho horas de la intervención.

Este caso demuestra que la perforación del apéndice no tiene un cuadro clínico típico y terminal, que nada indica que un apéndice esté próximo á perforarse, y que cuando estallan los fenómenos de peritonitis ó de propagación peritoneal, pueden haber transcurrido muchas horas desde la perforación y es casi imposible la cirugía.

V. R., de 21 años, de Valencia, domiciliado en la calle Haja, tras una ligera transgresión bromatológica presenta el cuadro típico de la apendicitis, y en la misma noche anuncia á la familia la posibilidad de que el estado del enfermo reclama una intervención abdominal. La apendicitis duró tres ó cuatro días y el enfermo volvió á la vida ordinaria, tratado 10 ó 12 días más en repetir nueva brevedad, que, como el primero, voló al hilo y al reposo. Vuelvo á insistir en la operación, habiendo ya de necesidad ante la recidiva probable y el peligro repetido, y tras este segundo ataque se presentaron otros en número de 10 á 12 en el intervalo de un año. El enfermo quedó voluntario á la dieta líquida, pues todo otro medio de alivio le ocasionaría seguramente la crisis apendicitaria; la desnutrición rápida y la imposibilidad de doctarse á su trabajo paralizaron la operación. Y ésta se practicaría, según aconseja Hunt, por incisión oblicua y lateral, encontrando el apéndice obstruido cerca de su inserción en el ciego, rodeado y adherido en todo su trayecto, y al desprender las adherencias rezumaron algunos

mas gotas de pus en distintos puntos. El enfermo curó perfectamente de la intervención practicada, y á los pocos días la resección pudo calmar el hambre tomando alimentos sólidos, y hasta la fecha, transcurridos dos años, no ha notado el más leve trastorno gástro-intestinal.

El apéndice infectado sostenía un foco constante en el abdomen; vivimos que esperar larga temporada hasta convencer al enfermo de la necesidad de la operación: existía pus, aunque en corta cantidad (sin que nada le hubiera demostrado), siendo indudable la virulencia potencial, y una vez resecao el apéndice, desaparecieron los trastornos gástro-intestinales. Si hubiésemos practicado la operación en el primer ataque, hubiéramos ahorrado tiempo y alejado peligros.

N. N., de Benigüán, de 20 años de edad, mujer robusta y bien constituida, después de una cena abundantemente se le presentaron vómitos y diarrea con dolores, cefálicos intestinales, que nacían por concentrarse en la región apendicular. Diagnosticada por el médico de cabecera de apendicitis la enfermedad existente, se limita á reposo y morfina y fomentos calientes locales. La persistencia de algún vómito bilioso, del dolor en la fosa ilíaca acompañando de ligero plastrón y la fiebre, aunque moderada, le incitan á proponer consulta ante la eventualidad de una intervención. Reconociendo la enferma, presenta una induración notable en la zona apendicular, con dolor intenso á la presión en el punto de Mc-Barréy, algún vómito, vientre ligeramente timpánico, asirrección, pulso de 110 y fiebre de 38. El relato de esta historia se refiere á fecha muy reciente, y convencido como estaba ya de la necesidad de intervenir, planteo en seguida la operación, que es aceptada sin demora.

La incisión ilíaca de Roux, bastante incurvada porque se trataba de una enferma gruesa y necesitaba disponer de campo operatorio, descubrió una fascia subperitoneal como de aspecto cadavérico, blanco grisáceo, sucia, y sobre ella incindió, encontrando una cavidad purulenta, cuyo contenido, pus hechizo, se elevaba á doscientos gramos próximamente, y las paredes estaban formadas por el mismo apéndice, perforado á trechos. La estratificación apendicular estaba tan próxima á la inserción, que hubo necesidad de invertir la pared del ciego para cerrar el orificio; la resección se practicó siguiendo camino retrógrado ante las dificultades de reconocer el apéndice y situándolo en parte y colocarlo un desgate Mitchellly, á las pocas días se agotó el foco microbiano, y á los 15 días quedó la enferma curada.

He de añadir que esta enferma, que presentó su apéndice perforado, estaba pudiendo comer y queriendo levantarse de la cama. El plastrón duro y la escasa fiebre no impidieron la formación de abundante cantidad de pus, nada evidenció clínicamente la perforación, y á no haber tenido el convencimiento de la indicación operatoria, puede asegurarse que la muerte

hubiera sido la consecuencia de la expectación. Esta enferma debe su vida á la teoría moderna de la cavidad cerrada.

La intervención operatoria consiste esencialmente en abrir y aspirar el foco evidente de infección. No consiste, pues, la operación, como ordinariamente se cree, en extirpar el apéndice; la apendicectomía es en ocasiones peligrosa é imposible en otros en que no debe siquiera intentarse, contentándose con abrir y desangrar ampliamente.

La operación ideal consistirá en abrir, municiar y resecar el apéndice origen de la toxo-infección; pero figurámonos, como á veces acontece, que el drenaje apendicular no se encuentra en el fondo de una cavidad purulenta, que es necesario romper adherencias fistulosas de la gran cavidad serosa, que es necesario romper adherencias fistulosas de la gran cavidad serosa, al triviar, á vasos sanguíneos de importancia, y entonces será preciso detener nuestras pesquisas antes el peligro de rasgar adherencias salvadoras, de perforar el intestino delgado ó el ciego ó provocar una hemorragia grave, limitándonos á una intervención al parecer incompleta. No quiere decir esto que el apéndice no deba researse; se suprima el foco con su extirpación y desaparece el peligro de las pequeñas pero peligrosas fistulas que reclaman operaciones serias; pero sí, que en muchos casos el médico habrá bastante con limpieza y desgate para hacer frente á las complicaciones sépticas abandonando un apéndice producido á pequeñas particulas por el estafilo, ó enteros y adhiriendo por un anaqueo conjuntivo á órganos importantes que á toda costa es necesario respetar. Hecho, pues, intentarse la operación ideal practicando la apendicectomía, pero sólo prudenencialmente debemos buscarlo y con la misma prudencia intentar su separación.

El enfermo, en pleno sueño cloroformico, y después de los preparativos escrupulosos que reclama toda laparotomía, es presentado al cirujano en decúbito dorsal, con ligero predominio hacia el lado izquierdo y con todo el cuerpo cubierto de lienzo estéril, excepto en la región operatoria. El enfermo, bien dormido, permite una exploración completa y minuciosa; ni hay dolor ni defensa muscular, abstráenos que antes se oponían directamente á nuestras investigaciones, y debemos aprovechar el momento antes de hundir el bisturí en su cuerpo; pero téngase presente que nunca habrá motivo para retroceder, aún paraciéramos que la incisión se ha realizado y difuminado, como me aconteció operando á una señora de 58 años, confundiendo con el dictado de la propia enferma y de la familia, que momentos antes me aseguraban había disminuido notablemente la tumefacción comprendida en mi primera visita; el diagnóstico una vez señalado y el enfermo dormido, nada debe influir en nosotros que mitigue la decisión por el diagnóstico, aunque á veces la temperatura fluctuante á veces disminuya.

blanda; podrá no tocarse con alguna, siendo la fosa ilíaca perfectamente accesible por estar vacía y ser flexible su pared, pero no habrá razones suficientes para retirarnos á la expectación, y en el caso que he citado anteriormente necesitó insistir nuevamente, haciendo presente á la familia los peligros de la abstención, y la operación, seguidamente practicada, demostró un pequeño absceso que no habia sido descubierto por la palpación. Deirts de una masa dura, formada de exudados ó por el mismo orgo, aparece muchas veces el absceso; una fosa flexible y vacía con la un apéndice próximo á perforarse, gangrenado ó ya perforado, y un vientre grueso y tenso, á pesar de la anestesia, nos hace sospechar la existencia de la peritonitis generalizada.

Describiré la operación sin darme en detalles nimios que pretenden hacer variar el procedimiento: éste ha sido siempre el defecto de la literatura, haciéndola personal y no fundamental, como si cada operador tuviese impulsos quirúrgicos exclusivamente suyos, y no obedeciesen todos á principios lógicos y al alcance de una mediana inteligencia. Necesitamos reglas y no reglas más ó menos geniales, queremos principios y pocos nombres propios, queremos discutir ciencia y no personalidades y así progresaremos, generalizando y simplificando hasta que llegue el momento de reducir á conceptos lo que hoy figura como racionamiento de la cirugía, en donde á pesar de miles y miles de métodos y procedimientos operatorios no encontramos uno que sea aplicable al caso clínico más sencillo.

La operación consta de cuatro tiempos: incisión de la pared, captura del apéndice, escisión del mismo y sutura total ó parcial. De estos tiempos deberán en algunos casos suprimirse el segundo y el tercero, sustituyéndolos por desinfección y desage.

Incisión de la pared abdominal. Recordando que tratamos de poner á descubierto una lesión intraperitoneal, hemos de elegir el punto de más fácil acceso que, dando campo operatorio suficiente, no prive de la resistencia necesaria á dicha pared, haciendo probable la eventración.

Por medio de incisiones verticales de ombligo á pubis ó que coincidan con el borde externo del recto, ó siguiendo un trazado oblicuo, se llega siempre á la región apendicular; pero debo confesar que el trazado oblicuo de Roux es el que proporciona camino más directo para llegar sin obstáculos á la implantación del apéndice, siendo incisión que proporciona bastante campo (si se tiene la precaución de incurvar ligeramente hacia arriba para que no aparezca como borde cortante el labio aponeurótico superior), y que no disminuye la resistencia de la pared si escitiza por primera intención, siendo por el contrario origen de eventraciones en aquellos casos en que es obligado el desangüe, y la cicatrización se obtiene por hurga y pones granulación, siendo entonces probable el accidente post-operatorio, como ocurre en otras regiones del vientre.

No se ha de elegir en sistema la incisión oblicua para todas las operaciones de apendicitis, pues casos habrá en que un absceso se evidencie lejos de la inserción apendicular, apareciendo culminante en la línea media (hipogástrico ó ombligo), y entonces nos enseñan los preceptos quirúrgicos generales acerca de supuraciones intra-abdominales, caer encima de las adherencias parietales para evitar la abertura de la gran cavidad. Casos habrá también en los que dominará el cuadro clínico peritoneal, dirigiendo nuestra intervención hacia el peritoneo en conjunto, de donde parten los fenómenos dominantes graves, y para el lavado y limpieza completa se utiliza de preferencia la incisión en la línea alta, y por último, otros casos más complicados y de diagnóstico difícil, en los que supurando supuración no nos atrevemos á abrir por el punto clásico ignorando la situación del absceso, y ante el temor de inundación peritoneal por el pus, empleamos el procedimiento de Max-Schiller, incidiendo en la línea media para diagnosticar y nuevamente en el punto que ocupa el absceso para evacuar.

En términos generales puede decirse que en todos aquellos casos en que pretendamos rescatar el apéndice como único móvil de nuestra intervención, la incisión de Roux es la más apropiada para llegar pronto al furo, siendo la que permite desprender con relativa comodidad las adherencias que casi siempre existen y con facilidad también tratar el muñón de la resección practicada.

La incisión alcanza 10 centímetros, cuyo centro debe de estar situado á 2 centímetros por encima de la espina línea anterior y superior derecha, recorriendo 5 centímetros hacia abajo paralelamente al arco de Falopio, y los otros 5 centímetros ligeramente incurvados hacia arriba.

La dirección de las fibras musculares que atravesamos nos marca el camino que hacemos, y sólo cuando tropecemos con la grasa sub-peritoneal, debemos detener el filo del bisturí. Hebe emplearse un bisturí muy afilado para que las fibrillas musculares no hayan delante del acero, y no las tijeras, como aconsejan algunos para obtener este inconveniente.

Antes de segar las pinzas de frente de ratón para elevar el peritoneo protegiendo con este sencillo mecanismo las asas intestinales como en toda laprotomía se aconseja, debe reconocerse minuciosamente la fascia subperitoneal, su color, su estado de resistencia, infiltración, inflamación, vorticación, fluctuación, etc., teniendo en cuenta que las adherencias intestinales serán probables y que la existencia del pus debe denunciarse antes de abrir la gran serosa. Terminado este trabajo de diagnóstico se abre el peritoneo entre dos pinzas, y con las tijeras apoyadas sobre el dedo se ensucia la abertura hasta llegar á los comienzos de la incisión de la piel. Nuevo momento de investigación, diagnóstico de órganos y de lesiones, reconocimiento de abscesos ó del apéndice, y acto seguido se procede á la liberación ó aislamiento del mismo, rasgando por disección roma con los más sencillos con el dedo de Lawson Tait, una casi sistemáticamente cambio

dedos y con suavidad y sobre compresas asépticas calientes que aislan el loco, las adherencias sobre intestino ciego, delgado, ó sobre paredes, hasta llegar á la zona de implantación. En este tiempo hay quien se define cuando las adherencias son firmes y peligrosas, dejando de cubrirlos intestinos infectados, como se hace en el desprendimiento de los quistes del ovario, y hay quien más radical en su intervención desprende como se puede todo el tejido enfermo, como si se tratara de una neoplasia maligna ó de una bolsa tuberculosa, suturando luego la pérdida de substancia intestinal ó reseando parte de este conducto, si es que la nutrición de sus paredes quedó comprometida. No puede tampoco trazarse una línea de conducta que abarca la mayoría de los casos: unas veces nos obligará á llevar á cabo la resección completa, aunque difícil, el estado de las vías digestivas, que no permite alimentarse al enfermo próximo ya al marasmo, y otras, por el contrario, agotada ya la infección, no tendremos inconveniente en abandonar pilosas conjuntivas como resto de antiguas adherencias ó contenidos destruidos con resecciones parciales, visto lo difícil del aislamiento y los grandes riesgos necesarios en aquel caso en que sólo se extirpa el apéndice para evitar la recidiva; pero lo que sí puede formarse como principio y positivo, es que en presencia de pus la operación debe tener tendencias económicas, esperando con el desgrite y la asepsia colocar en condiciones mejores la región operada, y en los casos de membranas secas sin infiltración ni humedad séptica se puede con menos peligros prolongar con empleo la liberación.

Cuando la fascia transversalis está infiltrada, dará ó simplemente engrosada, sobre ella debemos seguir profundizando sin separarnos del ligillo peritoneo, y con punción previa ó sin ella, según las dificultades existentes, llegaremos seguramente al loco que se encuentra por debajo. El principio quirúrgico aplicable es la delación completa, vaciando primero su contenido, para lo cual se ensancha prudentemente la abertura primitiva, se mantienen secas las paredes de la cavidad para ver las aberturas de divertículos purulentos anexos, y entonces toda vez con mayor cuidado se desprenden delgados tabiques para asepsizar completamente; en aquel momento es preciso recordar todas las formas anatómicas del apéndice, buscando al revés por detrás y por fuera del ciego hacia el púls y en el espacio de Douglas. Con suavidad y con inteligencia, con paciencia y con asepsia, se limpia el loco, primero del pus y luego del exudado que cubre las paredes, exudado delgado y algunas veces adherente que es necesario tratar con cariño, porque muchas veces arrastran únicas vísceras que aun pueden vivir.

En la operación que nos ocupa, debe buscarse el apéndice, aunque no sea nuestro principal objetivo, y researlo si se presenta necesario y fácilmente aislable, y con ello habremos cumplido por completo las aspiraciones de una intervención de aspecto radical. Es necesario el desgrite, tanto medio

de evitar brotes infecciosos secundarios, y ha de añadir que no sólo considero este medio heroico en los accesos, sino en aquellos casos en que la atrepancia quirúrgica nos invita á cerrarlo todo con la sutura, siendo muchos los casos en que la presencia de una gota de exudado, si se quiere inerte por ser producto de la mortificación superficial de los antisépticos, ha sido el medio de cultivo que ha hecho fracasar la cicatrización por primera, cuando un desgrite cualquiera apenas si la retarda dos ó tres días.

El absceso puede estar oculto por el epiploon que adhiere al peritoneo parietal, el cual es preciso diagnosticar pronto para no atravesarlo perforándolo con trocizos y bridas ó perforando el ciego, tomando en segunda la precaución de rasgar las adherencias de fuera á dentro, como debe siempre hacerse en la pesquisección del apéndice, y todavía debemos estar prevenidos contra las adherencias directas del mismo ciego á la pared anterior y la frialdad de la perforación, denunciada en la mayoría de los casos la etiología adherencia por la formación de un tumor irregular y bastante compacto. En términos casi absolutos, puede asegurarse que el intestino adherente á la pared en la incisión de Bonx es siempre el ciego.

El apéndice es fácil encontrarlo cuando no hay pus, por más que en este último caso, más que difícil, resulta peligroso. La forma del apéndice y sitio que ocupa, aun en las variedades más raras perfectamente descritas por los anatómicos, el reconocimiento de su porción terminal y del punto de implantación, la existencia de cuerpos extraños reconocibles por el tacto, designiados, abolladuras, etc., que en su parte media suele presentar, son elementos diagnósticos de la lesión y del órgano que sufre; aun en los casos de perforación, cuando sólo en parte existe y en los de estuche cuando la destrucción es total, las membranas que ocupan el sitio primitivo del órgano y el muñón soldado al ciego que evidencian el punto de implantación, son elementos bastantes para guiar nuestra técnica, extrayendo las paredes medio destruidas y colocando un desgrite por donde se eliminan prontamente, y el tratamiento aséptico del muñón con el cierre completo del orificio quirúrgico, aseguran el éxito operatorio.

Terminado el aislamiento del apéndice del vértice á la base, ó por camino no privilegiado en otros casos cuando no es posible reconocer la extremidad terminal, arrastrando la serosa ó por concurrencia subserosa como la practica en France, colocamos una simple ligadura de seda muy próxima á la inserción cecal y sectionamos con el termo, abandonando el pequeño pedículo; este es el procedimiento simple y antiguo que hoy no se aconseja por varias razones: 1.ª, porque la ligadura así colocada puede resquebrajarse; 2.ª, porque la infección es probable en aquella pequeña cavidad, todavía abierta. La ligadura debe sujetarse pasando por transmisión el meso-apéndice, y ligadura, previo cruzamiento, un asa para el meso y otra para el apéndice, á toda la más sencilla con el modo de Lawson Tait, que casi sistemáticamente evitaba

en las olorectomias. La infección se alija cerrando la cavidad por el absarimiento de serosas, bien por medio de la sutura Lembert en la serosa apendicular previa la formación de anagunto, ó empujando el muñón hacia el ciego como para incluirlo en su cavidad mediante el adosamiento seroso á expensas de la cubierta cecal.

Declaro en el síndrome clínico que la evolución de la apendicitis grave conduce á la peritonitis, propagada á las inmediaciones solamente en los casos atenuados, en los que se ven algunas asas intestinales blancas-sucias ó grisáceas por los productos purulacos, casos en los que, como complemento operatorio, debe limpiarse suavemente con compresas asépticas el absarido, colocando un perfecto desage según los consejos de Mikulitchy, ó simplemente con la media ordinaria, y repetir esta operación cuantas veces sea necesario en relación con el número de focos en la forma múltiple enquistada.

La peritonitis difusa puede revestir distintas formas clínicas reconocibles en el momento operatorio por la presencia de pus libre y abundante en la cavidad peritoneal, ó todavía peor por la salida de un líquido sucio y pestilente como caldo de cultivos puros, que no ha tenido tiempo de hacerse purulento. La primera forma, tratada á tiempo, da un 40 por 100 de mortalidad, y la segunda en absoluto es mortal, aun tratada con puntura y encefala. En estos casos, y solamente en estos casos, creo indicando el lavado peritoneal cuando los peligros de la difusión desaparecieron por estar inmundada la cavidad y salir pus de todas partes.

El lavado se practica ampliamente, haciendo penetrar en la gran cavidad serosa muchos litros de agua salada completamente esterilizada, tantos como se necesitan hasta que salga tan transparente como pericera, incluyéndolo previamente en la línea media y en las dos fosas iliacas y pasando la cunha (de Bondin ó Tarnier para lavados ulteriores) por todos los rincones ó espacios muertos. Es ventajoso dejar el vientre con agua de la inyección que lentamente se irá absorbiendo y determinar sus efectos generales útiles, y á ello añadiremos el suero normal por la vía hipodérmica en grandes cantidades.

Terminada la operación se colocan desgrases en las tres aberturas, y se tratará la herida como en casos anteriores.

La costumbre de los autores modernos de hablar de apendicitis autonanas y abscesos aberrantes, me obliga decir cuanto palabras acerca de estas variedades extraordinarias que sólo he observado en la mujer afectando la forma pelviana anexial, pero que más bien que abscesos legítimos apendiculares pueden considerarse como anexitis de complicación. Ya dije anteriormente que los abscesos pueden presentarse en la variedad pelviana, en el fondo de Douglas, reclamando el vaciamiento y desage por clivovonía ó por talla pre-rectal en el hombre, en la variedad ilíaca ó pélico cecal ó

renal por incisión lumbar, en la variedad pubiana en la línea media, en la variedad onesta en la fosa ilíaca izquierda; pero entendiéndose bien que sólo habíamos de circunción del foco y no de resección de apéndice, que hay que aplazar en estos casos para ir al punto de implantación por la incisión clásica de Roux.

Las deducciones que pueden obtenerse del estudio que acabo de hacer, se resumen en las siguientes proposiciones:

- 1.ª Toda la patogenia de los accidentes apendiculares está basada en la formación de la cavidad cerrada.
- 2.ª El síndrome clínico de la apendicitis es bastante claro para obtener un diagnóstico absoluto.
- 3.ª El diagnóstico puede hacerse precozmente.
- 4.ª El pronóstico es grave, por tratarse de un foco séptico localizado en el peritoneo y por la rapidez en la difusión microbiana.
- 5.ª El tratamiento ha de ser activo, desconfiando de los procraximintos que la naturaleza exige para curar la enfermedad.
- 6.ª Toda apendicitis debe operarse.
- 7.ª Las formas graves deben operarse con puntura.
- 8.ª Las formas de intensidad media deben considerarse como graves ante la dificultad de establecer un buen juicio pronóstico y tratarse con decisión desde el principio como si fueran graves ó hiperdóxicas.
- 9.ª Debe establecerse una excepción en la proposición anterior en los casos más benignos, concediendo una tregua de 24 horas á los enfermos que asistimos desde el principio con poca fiebre y pulso casi normal.
- 10.ª Toda apendicitis resuelta debe operarse transcurridos quince días.
- 11.ª La operación consiste esencialmente en aspirar un foco.
- 12.ª La apendiceotomía deberá practicarse siempre que se pueda, pero no debemos empeñarnos cuando resulta peligrosa en pleno brote inflamatorio, siendo entonces suficientes la antisepsia y el desage.

Estimado López.

Valencia 20 de febrero de 1907.

DISCURSO

DEL

DR. D. JOSÉ MARÍA MACHI

ALCAIDE DE BURGALIA

EN COMITACION AL. DEL MUNDO

D. ENRIQUE LÓPEZ SANCHO

las dudas al plantear el problema de la intervención y heróico pronunciarse definitivamente por la intervención en todos los casos.

Dice el Dr. Marius Corné, discutiendo cuánto debe intervenir en la apendicitis con peritonitis generalizada, que las formas de apendicitis con peritonitis generalizada primitiva son raras y tienen un pronóstico muy grave: por lo tanto más bien á las pompas funebres de la cirugía y el resultado es generalmente fatal, hágase lo que se haga, añadiendo: que los enfermos que presentan una apendicitis de forma localizada con síntomas de peritonitis, y son los más numerosos, todo lo tienen que perder y nada han de ganar con una intervención quirúrgica.

Inférese, pues, de lo dicho, que no hay ninguna regla absoluta y fija á la que pueda ajustarse su conducta el médico que se encuentra en el caso de haber de combatir una apendicitis y que sólo su genio, sólo su inspiración, después de apreciar debidamente todas las circunstancias que concurren en el caso ante el cual se encuentra, podrán sacarlo del trance duro y difícil, sembrando de escollos y orlados de aprietos en que se ve aprisionado.

Difícilmente puede desprenderse el práctico á la cabecera del enfermo de todo aquello que en el curso de sus estudios en la facultad adquirió, al fin, su naturaleza médica y su condición profesional, si bien contribuye de manera notable su constitución física, su educación moral y su desarrollo intelectual, así que no deberá causar extrañeza que ante un mismo enfermo de apendicitis, un profesor poco afeito á las prácticas quirúrgicas que aprecia el caso con un criterio médico flo al éxito definitivo al hielo, al opio, á la dieta y al reposo; un camujío, otro clínico, entusiasmado con las intervenciones cruentas, interpele y desfilde, desconociendo, ya que no despreciando los recursos de la terapéutica farmacológica, proceda como único recurso para triunfar en aquel caso la intervención quirúrgica.

Las veces en que y razones en contra aducen uno y otro, ambos apoyan sus razonamientos en datos científicos y en resultados sorprendentes alcanzados; los últimos se exaltan, la lucha se enciende, la situación se agrava y hay que resolverse. ¿Quién decide?

Sería de desear que acabara de una vez para siempre la división de la Medicina en tal Medicina y Cirugía, puesto que de día en día y de un modo insensible van borrahándose los límites y convenciones límites que las separaban.

No se diga que es conveniente mantener esta distinción por razón de la subdivisión del trabajo que, facilitándolo y perfeccionándolo, mejora claramente el producto; porque si la ciencia es una, como no puede menos de reconocerse, y no cabiendo la especialidad en la ciencia resultará especial tan sólo el arte, y pasa la especialidad del arte en todo trabajo susceptible de llamarse, pero nunca en aquello que no sólo reclama urgencia, sino diligencia y actividad.

Y lo aquí que pudiendo ser la apendicitis una demostración palmaria de mi aserto, casi viono á probar lo contrario.

Ciertamente que la apendicitis se encuentra hoy descrita igualmente en los tratados de patología médica y en los de patología quirúrgica, pero si bien en las patologías médicas se concede la importancia que reclama la intervención, como es natural no se desajando al detalle dicha intervención y aun en las obras de patología quirúrgica se describe la operación como fuera de describir.

Temor de no haber correspondido. De una parte, el orgullo de castrobar entre mis

Serla, pues, muy conveniente que médicos y cirujanos conocieran por igual la apendicitis, especialmente y precisamente, no olvidando los remedios del orden médico y leniendo muy presentes las reglas de la intervención.

¿Pero hay razón para hacer una especialidad de la apendicitis? ¿Por ventura no se encuentra en el mismo caso la hernia estrangulada, el cuerpo extraño de la triquetra amenazando neflixia, la retención de orina, etc., etc.? Por lo que respecta á la premura de las circunstancias, ó á la obstrucción intestinal, ó á la pleuresia purulenta, por lo que á la naturaleza médica de la afección se refiere?

Despreñdase de todo lo dicho la necesidad sentida de horror de una vez la imaginaria línea divisoria entre la Medicina y la Cirugía, y si se quiere conservar esta distinción reduciendo un tributo á la tradición y á la historia, sea simplemente en el terreno especulativo y nunca en el clínico, incluido de las terapéuticas una sola, siquiera con diferentes capítulos.

Ya sé que es muy difícil vencer repugnancias naturales, comprendo que médicos eminentes no se resistían á empujar el histari á pesar de mi convencimiento de que si se lo propusieran lo manejarían admirablemente, y de seguro que no habría de ocurrir ningún fracaso oportuno; pero esto que pudo ser antes de ahora, en lo sucesivo se habrá de evitar, porque es para do diligente á elevar en una capital donde fácilmente se encuentra lo que se desea, ejercitándolo en particular no quedará otro recurso que vendiendo escripturas, repitiendo lenores y desaynando recetas, operar siempre que la intervención reclama urgencia.

Y con efecto: celebran una que el recién licenciado ó doctor al terminar su carrera, de no ir á desempeñar un partido, se proponga dedicarse exclusivamente al ejercicio de la Medicina ó al de la Cirugía, pero si no le es lícito al (crujan) un entendiendo por tal al que pudiéramos considerarlo como simple artífice) conocer la Medicina, tan difícil le es al médico escribir exclusivamente á la terapéutica higiénica y farmacológica.

Pero el que consigue un partido médico, ese, aun cuando considerara la Cirugía como el acto para él más repugnante por cualquier concepto, ese no tiene más remedio que ser cirujano, y si se quiere, cirujano especialista en cirugía de urgencia.

Y he aquí que los claustrales deberían poner principal empeño en que esa parte de la Cirugía general que se llama con razón cirugía de urgencia, constituya una asignatura de las más importantes de la carrera.

Porá un médico demostrar una tal, aplazar una operación de Standler ó depar para mejor tiempo el tratamiento quirúrgico de un quiste hidatídico combinado estos tratamientos á las manos expertas de un hábil cirujano, es decir, combinando el éxito del tratamiento al arte quirúrgico, á la habilidad oportuna, á la destreza del práctico; pero nunca jamás debe desmayar, ni menos retroceder, ante la necesidad imperiosa de combatir una apendicitis ó una extrínica intestinal.

Paréceme, pues, que se impone la necesidad, á la vez que la urgencia, de enseñar oficialmente todo aquello que puede resumirse bajo el epígrafe de *lo que no debe ignorarse*, y particularmente lo que constituye el grupo de las intervenciones quirúrgicas que forman la llamada cirugía de urgencia.

¿Cuántas víctimas debe haber ocasionado, más que un error de diagnóstico,

una irresolución, ó mejor dicho, una repugnancia injustificada á manejar el instrumento de Alíel De lamentar es que un adelantamiento sin razón, una osadía sin motivo, haya ocasionado alguna vez desastros, si se quiere punibles; pero sobre ser indudablemente menos estos casos, tienen las intervenciones en cuestión una legítima defensa en la mayoría de las ocasiones: en el buen deseo que sin duda les ha inspirado de hacer una buena acción.

Y al tratar asunto de tan capital interés cual es la salud del pueblo, no sería importante tratar, con motivo de la cuestión que se ventila, de los intereses de la clase médica entanzados con los intereses de los municipios.

¡Cuántas veces no hemos sido consultados antes de ahora por nuestros discípulos al terminar su carrera y aceptar un partido, sobre el material que debían adquirir, obras de consulta que debían poseer, instrumentos que pudieran necesitar, etc., etc.!

Con una bolsa ordinaria, un forceps y á lo más, una caja de amputación, se consideraba el médico novel porfeitado para subvenir á las más urgentes necesidades del partido.

¿Pero cuántos han podido adquirir lo que más urgentemente pudieran necesitar? ¡Cuántas veces no hemos oído referir que se ha visto el pedicelo en el caso de realizar una amputación traumática con un cuchillo de cocina y una sierra del carpintero del hogar! ¿Y no es bien triste confesar que los intereses sagrados de la salud, que debían ser de los principalmente atendidos, están completamente abandonados?

Al médico de partido no se le puede exigir que adquiriera de su propio peculio un arsenal quirúrgico que exigiendo gastos de relativa consideración para él ningún beneficio le lina de reportar, desistiendo al servicio de los vecinos contentillos en la titular. Sería más natural, y entiendo que debo ser, que el municipio costee un pequeño arsenal quirúrgico, con arreglo, si se quiere, á un catálogo que podría ser el mismo para todos los municipios, cuyo arsenal, á cargo del médico, se conservaría de una manera conveniente para que pudiera estar siempre dispuesto á servir.

A la manera que el profesor de instrucción primaria encuentra atendidas las necesidades de la enseñanza, disponiendo de material adecuado que lo proporcionan los municipios, así entiendo que el médico debe disponer de lo más necesario para poder practicar aquellas operaciones que son reclamadas con urgencia, sin tener que sufragar un gasto del que no ha de poder resarcirse y que debe ser á cargo de las arcas municipales.

Con la uniformidad de criterio entre los médicos y la uniformidad de medios entre los partidos, con un poco de buena voluntad por parte de todos, aunque continuamente las intervenciones quirúrgicas urgentes se realizan en el domicilio del enfermo en general, en malas condiciones y en los partidos rurales en pasiones circunstanciales de local, menaje, etc., podría llevarse á cabo operaciones importantes y salvar la vida de multitud de enfermos que la pierden sin duda de manera muy dolorosa.

He terminado. Señores Académicos, sentimientos encontrados embargan mi ánimo. De un lado, cierta satisfacción por haber cumplido un deber; de otro, el temor de no haber correspondido. De una parte, el orgullo de estrechar entre mis

brazos á un discípulo querido; por otra, el pesar de ver vacía la silla que ocupaba un condiscípulo.

Pero en fin, señores académicos, nueva raza viene á este organismo á reemplazarlo y líncelo más fecundo.

Contid desde hoy al Dr. López como uno de los nuestros, presto á luchar y mantener los prestigios de esta Corporación; yo le saludo con efusión, y al augurarle que cobijará laureles, auguro á la Academia días de ventura.

Lle meo.

Fernando de M. García

Valencia 27 Junio 1903.